



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANAS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**(Documento Definitivo)**

**Preparação para o parto**

Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto

Maria Úrsula Ramalho Carvalho dos Santos

Faro

2007



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANAS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA**

**MESTRADO DE PSICOLOGIA**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Preparação para o parto**

Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto

Orientador:

Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Mestranda:

Maria Úrsula Ramalho Carvalho dos Santos

BEJA

2007

NOME: Maria Úrsula Ramalho Carvalho Dos Santos

DEPARTAMENTO: Psicologia Da Faculdade De Ciências Sociais E Humanas Da  
Universidade Do Algarve

ORIENTADOR: Professora Doutora Maria Cristina Campos De Sousa Faria

DATA: 08 /10/2007

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “Preparação para o Parto - Promoção do Bem-Estar da  
Parturiente através da Preparação para o Parto”

JÚRI:

**Presidente:** Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar da  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;

**Vogais:** Doutora **Maria Isabel Real Fernandes de Sá**, Investigadora Auxiliar da  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de  
Lisboa

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta  
da Escola Superior de educação do Instituto Politécnico de Beja

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Ana e João pelo tempo que não lhes dediquei em prol deste projecto, mas que todos sentimos que valeu a pena.

Aos meus pais e marido pela ajuda recebida, sem eles este projecto não seria possível.

Aos colegas e amigos que sempre me incentivaram e ajudaram na realização deste projecto.

### **Agradecimentos**

É com muita felicidade que encaro a oportunidade de agradecer a todas as pessoas que comigo, tornaram possível a realização deste trabalho.

Começo por agradecer à Professora Doutora Cristina Faria, pelo seu acompanhamento incansável a este trabalho (com todos os avanços e compassos de espera).

Agradeço ao Mestre Cesário Almeida pela disponibilidade em esclarecer dúvidas e por demonstrar e transmitir o seu enorme gosto pela investigação.

O apoio e colaboração dos vários técnicos de saúde de Instituições como o Hospital Garcia de Orta, Hospital do Espírito Santo de Évora, Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, que acompanharam a fase de recolha de dados.

A todas as puérperas que disponibilizaram o seu precioso tempo no preenchimento dos instrumentos, permitindo a realização deste trabalho – a todas o meu muito obrigado.

A todas as pessoas que de alguma forma colaboraram na elaboração deste trabalho, o meu muito obrigado.

À minha família por todas as vezes que os privei da minha companhia para que este trabalho fosse uma realidade.

A todos Bem-Haja

“A gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio”.

(Colman & Colman 1994:13)

## **Resumo**

O presente estudo foi concebido com o objectivo de investigar se a preparação para o parto poderá ter alguns contributos na forma como é vivido ou experienciado o trabalho de parto e parto.

Pareceu-nos pertinente apresentar uma introdução acerca de cada um dos temas em estudo (bem-estar, ansiedade stress, depressão, preparação para o parto e satisfação com a experiência de parto) tentando abordá-los quer individualmente, quer na sua vertente de relação uns com os outros.

A amostra é composta por participantes do sexo feminino que se encontram no período pós-parto, e cuja média de idades situa-se no grupo etário dos 25-30 anos, às quais foi solicitado o preenchimento de um questionário de caracterização sócio-demográfico, questionário de saúde Geral (Goldberg 1978), Escala de avaliação da ansiedade, depressão e stress, EADS de Lovinbond, Escala de percepção subjectiva de satisfação materna no processo de maternidade, e o Questionário de bem estar na maternidade. Estes dois últimos instrumentos construídos por nós, e validados neste estudo.

Alertamos para a importância de alguns resultados encontrados, tendo em conta as variáveis principais, nomeadamente, a frequência de programas de preparação para o parto diminui os níveis de ansiedade e depressão, e promove o bem-estar no processo de maternidade. A mesma frequência não interfere com os níveis de stress, percepção de saúde geral e percepção subjectiva de satisfação na vivência de maternidade.

Relativamente às variáveis secundárias, destacamos que são as mulheres primíparas e com maiores habilitações literárias que mais frequentam este tipo de programas. Independentemente da frequência ou não deste tipo de programas o processo de maternidade é considerado como uma experiência maravilhosa e complexa, única na vida de um casal.

Palavras-chave:

- ◆ Preparação para o parto
- ◆ Satisfação materna
- ◆ Bem-estar
- ◆ Saúde

## SUMMARY

The main objective of this study was to investigate how labour preparation can contribute to the way labour or labour work is lived or experienced.

Each of the aspects in study (well-being, anxiety, stress, depression, labour preparation and labour experience's satisfaction) has been preceded of an introduction, intended to introduce them individually or in relation to each other.

A self-completed paper-based survey of post-partum patients was undertaken. The survey included socio-demographic characterisation, the fulfilment of the General Health Questionnaire (Goldberg 1978) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS of Lovinbond), as well as two other questionnaires specially developed and validated for this study: the Maternal satisfaction subjective perception scale and the Maternity well-being questionnaire. Respondents' age was between 25 and 30 years.

Considering the main outcome measures we found that integration in labour preparation programmes diminishes anxiety and depression levels and promotes well-being in maternity process, but has no influence on stress levels, health general perception or satisfaction's subjective perception of maternity experience.

Considering secondary outcome measures we found that this sort of health programmes has higher frequency levels of first pregnancy women and higher literacy level women.

Independently of the frequency of this type of health programmes, maternity is considered as a wonderful, complex and unique experience in a couple's life.

Key words:

- Labour preparation,
- Maternal satisfaction,
- Well-being,
- Health.



## ÍNDICE GERAL

	<b>F</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>xi</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>xiv</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>xv</b>
 <b>INTRODUÇÃO.....</b>	 <b>2</b>
 <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	 <b>7</b>
 1. - TORNAR-SE MÃE/PAI EM PLENO SÉCULO XXI.....	 8
 2- BEM-ESTAR NA MATERNIDADE.....	 18
2.1 – SAÚDE E BEM ESTAR.....	18
2.2 – PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	25
2.3. – ASPECTOS RELEVANTES NA ADAPTAÇÃO Á MATERNIDADE.....	28
2.3.1 - Aspectos Psicofisiológicos da gravidez e parto.....	29
 3 - PREPARAÇÃO PARA O PARTO.....	 40
 4 - SATISFAÇÃO E REALIZAÇÃO NA VIVÊNCIA DE MATERNIDADE.....	 51
 <b>PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....</b>	 <b>53</b>
 5. – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	 54
5.1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	54
5.2 – PERTINÊNCIA DO ESTUDO.....	55
5.3 – HIPÓTESES.....	55
 6 – MÉTODOLOGIA.....	 57
6.1 – PLANIFICAÇÃO .....	57

6.1.1 – Variáveis.....	60
6.2 – AMOSTRA.....	61
6.3 –INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	62
6.3.1 - Escala de caracterização sócio-demográfica .....	62
6.3.2 - Questionário de Saúde Geral .....	63
6.3.3 - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EASD) .....	64
6.3.4 - Escala De Percepção Subjectiva de Satisfação na Vivência da Maternidade ...	66
6.3.5 - Q.B.E.M. Questionário de Avaliação do Bem-Estar na Experiência de Maternidade .....	67
6.4 – PROCEDIMENTOS .....	70
7 – TRATAMENTO ESTATISTICO DOS DADOS.....	72
8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	74
8.1-CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO INQUIRIDA.....	74
8.2 – PERCEPÇÃO DE SAÚDE GERAL.....	88
8.3 – ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE.....	95
8.4 – PERCEPÇÃO SUBJECTIVA DE SATISFAÇÃO DA VIVENCIA DE MATERNIDADE.....	103
8.5 – BEM-ESTAR PERANTE A EXPERIENCIA DE MATERNIDADE.....	112
9 – ANÁLISE E DISCUSÃO DOS RESULTADOS .....	124
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>133</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
ANEXOS.....	143
ANEXO 1 – Instrumentos utilizados.....	144
ANEXO 2 – Solicitação de Autorização para recolha de amostra .....	145
ANEXO 3 – Autorização de utilização dos instrumentos pelos concelhos de administração dos hospitais	

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>F</b>
Tabela 1 - Hospital onde ocorreu o parto.....	73
Tabela 2 - Distribuição das inquiridas por grupo etário.....	74
Tabela 3 - Distribuição do número de filhos.....	78
Tabela 4 - Escolaridade das inquiridas.....	79
Tabela 5 - Actividade profissional/ocupação.....	81
Tabela 6 - Agregados familiares englobando o pai do bebé .....	83
Tabela 7 - Motivação para a frequência de preparação para o parto.....	84
Tabela 8 - Análise descritiva do questionário de PSG .....	87
Tabela 9 - Análise descritiva dos itens do questionário de Percepção de Saúde geral.....	88
Tabela 10 - Variâncias dos elementos do questionário de saúde geral .....	88
Tabela 11 - Consistência interna do questionário de Percepção de Saúde geral.....	89
Tabela 12 - Percepção de Saúde geral avaliada através do QSG em relação à amostra total e aos grupos de mulheres com frequência de preparação para o parto e mulheres sem frequência de preparação para o parto.....	90
Tabela 13 - Relação entre a percepção de saúde geral e frequência de preparação para o parto.....	91
Tabela 14 - Teste de homogeneidade da variância do questionário de saúde geral.....	92
Tabela 15 - Análise Descritiva das sub-amostras relativamente ao questionário de saúde geral.....	93
Tabela 16 - Teste de Mann-Whitney do questionário de saúde geral.....	93
Tabela 17 - Ansiedade, Depressão e Stress avaliados através do EADS em relação à amostra total e aos grupos de mulheres com frequência de preparação para o parto e mulheres sem frequência de preparação para o parto.....	94
Tabela 18 - Teste de homogeneidade de variâncias do EADS – Dimensão Ansiedade.....	95
Tabela 19 - Análise Descritiva das respostas ao do EADS – Dimensão Ansiedade.	96
Tabela 20 - Teste de Mann-Whitney – dimensão ansiedade.....	96
Tabela 21 - Teste de homogeneidade de variâncias – EADS – dimensão depressão.....	97

*Preparação para o parto*

*Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto*

Tabela 22	- Análise Descritiva do EADS – dimensão depressão.....	98
Tabela 23	- Teste de Mann-Whitney – EADS – dimensão depressão.....	98
Tabela 24	- Teste de homogeneidade de variâncias – EADS – Dimensão stresse...	99
Tabela 25	- Análise Descritiva – EADS – dimensão stresse.....	100
Tabela 26	- Teste de Mann-Whitney – EADS – dimensão Stress.....	100
Tabela 27	- Análise descritiva dos itens da escala da percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	102
Tabela 28	- Estudo dos itens da escala da percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	102
Tabela 29	- Factor 1 da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	104
Tabela 30	- Factor 2 da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	104
Tabela 31	- Factor 3 da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	105
Tabela 32	- Alfa de Cronbach – Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	105
Tabela 33	- Alfa de Cronbach – dimensão – confiança da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	106
Tabela 34	- Correlação item-escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	106
Tabela 35	- Alfa de Cronbach - Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade - dimensão –suporte .....	106
Tabela 36	- Alfa de Cronbach – Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade – dimensão –satisfação.....	107
Tabela 37	- Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	107
Tabela 38	- Análise descritiva das dimensões da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	108
Tabela 39	- Análise descritiva – Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade .....	109
Tabela 40	- Teste de homogeneidade da variância da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	110
Tabela 41	- Teste de Mann-Whitney da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade .....	110

*Preparação para o parto*

*Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto*

---

Tabela 42	- Teste de homogeneidade da variância da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.....	110
Tabela 43	- Teste de Mann-Whitney da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade .....	111
Tabela 44	- Análise descritiva do Q.B.E.M.....	112
Tabela 45	- Estudo dos itens (14 itens) do Q.B.E.M.....	113
Tabela 46	- Factor 1 - Q.B.E.M.....	116
Tabela 47	- Factor 2 do Q.B.E.M.....	117
Tabela 48	- Factor 3 do Q.B.E.M.....	117
Tabela 49	- Factor 4 do Q.B.E.M.....	117
Tabela 50	- Factor 5 do Q.B.E.M.....	117
Tabela 51	- Consistência interna das dimensões que compõem o QBEM.....	119
Tabela 52	- Análise descritiva do QBEM.....	119
Tabela 53	- Análise descritiva das dimensões que compõem o QBEM .....	120
Tabela 54	- Análise Descritiva do QBEM / Frequência de preparação para o parto	121
Tabela 55	- Teste de homogeneidade da variância do QBEM.....	122
Tabela 56	- Teste de Mann-Whitney do QBEM.....	122
Tabela 57	- Teste de Mann-Whitney para as cinco dimensões que compõem o QBEM.....	122

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>F</b>
FIGURA 1 – Modelo de investigação .....	59
FIGURA 2 – Matriz de correlações do QBEM.....	114

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>F</b>
GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra por local de ocorrência do parto/ frequência de preparação para o parto .....	74
GRÁFICO 2 – Distribuição das inquiridas por grupo etário/frequência de preparação para o parto.....	75
GRÁFICO 3 – Estado civil das inquiridas .....	76
GRÁFICO 4 – Estado civil/preparação para o parto.....	76
GRÁFICO 5 – Distribuição do número de gravidezes.....	77
GRÁFICO 6 – Número de gravidezes/frequência de preparação para o parto.....	77
GRÁFICO 7 – Relação entre número de filhos / frequência de preparação.....	78
GRÁFICO 8 – Escolaridade das inquiridas / frequência preparação....	79
GRÁFICO 9 – Local de parto – Hospital Beja / habilitações literárias/frequência de preparação para o parto.....	80
GRÁFICO 10 – Hospital Évora / habilitações literárias/frequência de preparação para o parto.....	80
GRÁFICO 11 – Hospital Almada / habilitações literárias/frequência de preparação para o parto.....	80
GRÁFICO 12 – Actividade Profissional / ocupação e frequência de preparação .....	81
GRÁFICO 13 – Constituição do Agregado familiar.....	82
GRÁFICO 14 – Constituição do agregado familiar/frequência preparação parto.....	82
GRÁFICO 15 – Vive com o pai do bebé/frequência de preparação para o parto.....	83
GRÁFICO 16 – Frequência de preparação para o parto.....	83
GRÁFICO 17 – Motivo da não frequência de preparação para o parto...	85
GRÁFICO 18 – Opinião das inquiridas sobre o processo de maternidade .....	86
GRÁFICO 19 – Frequência de preparação para o parto/opinião relativamente ao processo de maternidade .....	86
GRÁFICO 20 – Distribuição da percepção de saúde geral das	

---

	inquiridas.....	89
GRÁFICO 21 –	Relação média de percepção de saúde geral/ Frequência de Preparação para o parto.....	91
GRÁFICO 22 –	Relação média de percepção de saúde geral/ Frequência de Preparação para o parto.....	91
GRÁFICO 23 –	Igualdade de distribuição do questionário de saúde geral.....	92
GRÁFICO 24 –	Distribuição das respostas ao questionário EADS – Dimensão Ansiedade.....	95
GRÁFICO 25 –	Distribuição das respostas ao EADS - dimensão depressão.....	97
GRÁFICO 26 –	Distribuição das respostas – EADS – dimensão stresse.	99
GRÁFICO 27 –	Distribuição da amostra relativamente á percepção subjectiva de satisfação e a frequência de preparação...	109
GRÁFICO 28 –	Distribuição das respostas ao QBEM .....	121



## **INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase importante na vida de qualquer mulher, corresponde ao período de preparação para ser mãe, e envolve a incorporação do filho na própria identidade. Representa um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa, quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicossocial. As mudanças do corpo e os desconfortos da gravidez, constituem um período crítico relativamente à maturação psicológica e social da mulher. Quantas perguntas, quantos receios e medos envolvem esta fase, sobretudo se trata de uma primeira gravidez.

A experiência da gravidez, parto e puerpério é condicionada por um conjunto de valores que, sem dúvida, estão inerentes à personalidade, à cultura, às crenças e valores da mulher/casal.

A **problemática** que serviu de base para a elaboração desta investigação, foi o facto de constataremos que a educação da grávida e toda a aprendizagem anterior à gravidez, nem sempre é realizada da forma mais correcta, acarretando níveis elevados de insegurança e ansiedade na vivência da gravidez e do parto. A este propósito Couto (2003) refere que a aprendizagem sobre a gravidez e o parto é realizada muitas vezes de forma incorrecta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos através sobretudo, da tradição oral.

É do conhecimento geral, que nem sempre as puérperas referem a experiência do parto como uma experiência positiva e gratificante. Assim, pretendemos investigar se a preparação para o parto poderá ter alguns contributos na forma como é vivido ou experienciado o trabalho de parto e parto.

Consideramos da maior pertinência este estudo, pois na pesquisa bibliográfica efectuada deparamo-nos com resultados tais como os descritos por Figueiredo citado por Bento (1992) em que não há conformidade de resultados. Para certos autores, os cursos de educação e preparação do parto aumentariam a confiança e diminuiriam a medicação, dor e ansiedade, enquanto que para outros apenas melhora a atitude em relação à criança e ao parto. A justificação do presente estudo, tem por base o conhecimento empírico na nossa prática profissional, considerando existirem diferenças entre estes grupos na

forma de encarar a gravidez e na ansiedade manifestada no momento do parto, bem como a experiência de parto.

De acordo com Matos (2004), o estudo do comportamento humano em contextos da Saúde é actualmente uma das áreas promissoras da investigação e intervenção psicológicas, indo ao encontro das necessidades das pessoas em matéria da saúde e de doença, respondendo a problemas colocados pelos próprios técnicos e influenciando a própria organização dos serviços de saúde.

Grilo & Pedro (2005) citando Matarrazo (1984) definem psicologia da saúde como o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e protecção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, a doença e com disfunções relacionadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde.

Na medida em que comungamos da opinião de que a principal finalidade da psicologia da saúde é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades; consideramos que o presente estudo enquadra-se na área de psicologia da saúde e poderá contribuir para a promoção e protecção da saúde das mulheres e da comunidade em geral.

Grilo & Pedro (2005) citando Taylor (1999) referem que, a Promoção da Saúde, do ponto de vista da Psicologia, envolve o desenvolvimento de intervenções que ajudam as pessoas a adquirir e a manter comportamentos saudáveis, assim como a mudar hábitos prejudiciais para a sua saúde.

Crowe e Von-Baeyer, citados por Bento (1992) analisaram se as variáveis seguintes são responsáveis por experiências positivas de nascimento, nomeadamente: conhecimentos sobre o processo de trabalho de parto, os medos relativos à gravidez, locus de controlo, ansiedade estado, expectativas de dor e confiança na habilidade para dominar a dor. Concluíram que os factores preditores de experiência de trabalho de parto positivo foram o *conhecimento* e a *confiança*. Os autores supracitados referem que “os resultados do seu trabalho apoiam a necessidade de preparação para o parto como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com medos relativos ao nascimento” in Bento (1992:51).

Paúl (1989) desenvolveu uma investigação sobre os “Efeitos da preparação psicoprofilática no controle durante o parto”, apesar dos dados pouco conclusivos,

concluiu que a média de controlo no trabalho de parto tenha sido mais elevada no grupo que fez preparação para o parto.

No entanto, deparamo-nos constantemente com o facto de que há mulheres que apesar de lhes ser oferecido gratuitamente aulas de preparação para o parto no próprio concelho, nem sempre lhes reconhecem importância, e não as frequentam. Enquanto que outras que não dispõem deste recurso gratuito, procuram aulas de preparação para o parto privadas com os encargos financeiros que isso acarreta. A este propósito Couto (2003) atesta a educação da grávida como uma necessidade humana que, mais por falta de conhecimentos e vontade, do que de força, a mulher grávida tende a não procurar e mesmo a rejeitar, por vezes, na desculpa de que nada a vai ajudar no seu parto.

No entanto, em termos legais é concedido à grávida, a dispensa de serviço para assistir a estes programas de educação e promoção da saúde das grávidas. Perante estas situações, muitas são as **questões** que se levantam, tais como:

- As mulheres que realizam preparação para o parto relatam experiências mais positivas e gratificantes do que as mulheres que não frequentam programas de preparação?
- A preparação para o parto proporciona mecanismos de *cooping* para superar o stress e ansiedade do trabalho de parto e parto?
- A frequência de aulas de preparação para o parto influencia o nível de ansiedade no parto?
- A preparação para o parto favorece a adaptação psicológica da mulher ao parto e beneficia emoções positivas no pós-parto?

Com este estudo, pretendemos averiguar se **A frequência de programas de preparação para o parto promove o bem-estar da parturiente?**

Consideramos, pois, importante compreender as reacções psicofisiológicas e culturais da mulher que poderão interferir com a sua experiência no processo de maternidade.

Concordando com Ribeiro (1999), que a hipótese provém directamente do problema; surge-nos a seguinte hipótese – *A frequência de programas de preparação para o parto promove o bem-estar da parturiente.*

São palavras-chave do presente estudo:

- ♦ Preparação para o parto
- ♦ Satisfação materna
- ♦ Bem-estar
- ♦ Saúde

Tal como RIBEIRO (1999) consideramos que a ciência surgiu da necessidade das pessoas resolverem os problemas do dia-a-dia. Ainda de acordo com o autor supracitado é a ciência que suporta a investigação e vice-versa.

Assim sendo, a presente investigação tem como objectivos:

- Investigar se a preparação para o parto promove o bem-estar da puérpera.
- Averiguar se a preparação para o parto favorece a adaptação psicológica da mulher à maternidade e beneficia emoções positivas no pós-parto.
- Averiguar se as mulheres que procuram programas de preparação para o parto, possuem expectativas superiores às mulheres que não os procuram.

Desta forma pretendemos realizar um estudo comparativo entre duas amostras, uma constituída por grávidas que frequentaram programas de preparação para o parto; a segunda amostra constituída por grávidas que não frequentaram qualquer programa de preparação para o parto. Estudo este realizado em três hospitais da região sul.

Hoje em dia é ponto assente que cada indivíduo deve ser visto como um todo, em que qualquer aspecto desse todo merece especial atenção, devido à sua importância específica, mas também devido à importante influência que pode exercer sobre os outros aspectos do todo. A este propósito Ogden (1999) chama a atenção para um dos desafios que se colocam aos profissionais da saúde, há que adicionar o *contexto da relação e o contexto social, ao indivíduo*. Envolve a consideração dos contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são diferentes consoante o estatuto socioeconómico, o género e a diversidade cultural.

De acordo com Berzon (1998) um dos principais objectivos de qualquer intervenção/investigação na área dos cuidados de saúde, é a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das populações.

Este trabalho afigura-se, acima de tudo, como uma investigação sobre os contributos da preparação para o parto na experiência de maternidade.

Ao propor o estudo desta área, parece-nos pertinente apresentar um primeiro capítulo dedicado à introdução e exploração dos conceitos que considerámos importantes, para uma melhor compreensão das dimensões envolvidas neste estudo: saúde geral, ansiedade, stresse e depressão, bem-estar na maternidade e experiência de parto. Ainda neste capítulo é apresentada a formulação do problema de investigação que norteia este trabalho.

Em seguida, apresentamos o capítulo dedicado ao Estudo Empírico, onde se pode encontrar a caracterização das participantes, bem como os materiais, tipo de planificação e procedimentos utilizados.

Finalmente, apresentam-se duas secções fundamentais, uma dedicada à apresentação de resultados, onde são ilustrados os resultados estatisticamente significativos encontrados no nosso estudo; a outra dedicada à discussão e reflexão dos mesmos.

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1 - TORNAR-SE MÃE/PAI EM PLENO SÉCULO XXI

*“Para Mudar o Mundo é preciso  
mudar primeiro a forma de nascer”*

*Michel Odent*

Apesar da gravidez ser um fenómeno natural, ainda hoje é vivenciada com algumas dúvidas e tabus, pois muito além das várias mudanças físicas e fisiológicas pelas quais a grávida irá passar, haverá ainda uma variedade muito grande de mudanças psicológicas, aumento de responsabilidade, medo do parto, medo do desconhecido, medo de não saber cuidar, entre outros.

Estas alterações que ocorrem no casal em geral, e na grávida em particular, relevam a importância de uma boa preparação para o parto e melhor reorganização das actividades diárias, até porque o parto, tal como o encaramos nos dias de hoje, não tem de ser um momento de sofrimento e dor, mas sim, devido à sua relevância, ser um momento de singular felicidade, vivido de forma serena e perfeito bem-estar.

Brazelton refere que ter um filho é um dos acontecimentos mais desafiadores da vida, talvez o maior de todos.

É essencial, proporcionar conhecimentos geradores de capacidades e habilidades que levem os pais a assumir comportamentos facilitadores do seu papel parental que agora se inicia.

A maternidade e paternidade constituem uma fase de mudança no ciclo de vida familiar, pois o homem e a mulher passam da condição de filhos para a condição de pais.

Desde que o casal planeia a gravidez deve utilizar os vários recursos disponíveis (livros, revistas, vídeos) para se auto-formar e o relacionamento em grupo com outros casais podem ser facilitadores de momentos de reflexão e partilha.

O reservar de um tempo para o casal aprender a lidar com as questões relacionadas com a gravidez, parto e pós-parto, ajuda-os a estruturarem as suas vidas em função das mudanças que ocorrem. Actualmente este processo pode ser mais facilitado através dos cursos de preparação para o parto, que se têm tornado uma ferramenta fundamental para uma vivência mais informada e preparada do processo de gravidez, parto e pós-parto.



No contexto actual, torna-se importante criar programas de preparação para o parto numa vertente multidisciplinar. Visto que as alterações são a vários níveis, uma abordagem diferenciada dos vários técnicos (Enfermeiro, Psicólogo e outros), será um recurso fundamental para os pais, sendo que cada um na sua área específica poderá seguramente actuar de forma mais eficaz.

A preparação psicológica, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde, pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde.

Entre as tarefas de *intervenção psicológica* destacam-se (Bennett, 2000; Johnston & Weinman, 1995) intervenções de gestão do stresse, treino de autocontrolo e eficácia no *cooping*, técnicas comportamentais (relaxamento, modelagem, treino de competências), educação para a saúde, facilitação de mudança de comportamentos de risco e entrevista motivacional, expressão de sentimentos, intervenção na crise, aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de suporte e ajuda mútua.

Os objectivos destas intervenções, de acordo com Bennett (2000), são: facilitar uma mudança comportamental adequada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas com que se deparam.

A responsabilidade de cada cidadão pela sua própria saúde, só pode ser concretizada mediante o domínio de informação necessária que permita a tomada de decisões fundamentadas. Daí que sendo a gravidez um momento tão privilegiado na vida de um casal, torna-se crucial obter um conhecimento concreto e personalizado, para que as decisões sejam as mais adequadas, e que esse momento seja vivido de modo tranquilo, e na sua plenitude.

Conhecer as pessoas e intervir de acordo com a sua cultura é primordial na actuação como educador para a saúde. É necessário ir de encontro ao saber cultural dos grupos, na tentativa de perceber como se articulam as práticas, até porque, os diferentes grupos culturais têm costumes e sistemas complexos de crenças sobre a saúde, que é preciso analisar e aceitar para diminuir o risco de insucesso das nossas intervenções.

De acordo com Faria (2003:100) “a actividade de promoção de saúde destina-se às pessoas que estão saudáveis e procura criar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar a adopção de estilos de vida que permitam manter e realizar um estado de bem-estar”.

A este propósito Nascimento (2003) refere que “a intervenção em grupos de grávidas pode ser um espaço privilegiado para a transmissão de informação e para a verbalização de ansiedades e expectativas relativas à gravidez e puerpério”.

Cordeiro citado por Bento (1992:48), refere que “Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde... reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso.”

A influência de determinados factores como os económicos, sociais, demográficos e assistenciais entre outros é notória no clima vivencial da gravidez, podendo essa mesma influência repercutir-se não só no desempenho no período pré-natal como também pode estender-se para o parto e mesmo para o puerpério, com consequências evidentes nas relações mãe/filho/família e no seu futuro desempenho.

É na vigilância pré-natal que se faz notar o papel de educador por parte de todos os profissionais de enfermagem, reforçando a necessidade de que o processo de educação para a saúde é uma relação entre enfermeiro/utente, de um constante feedback de interactividade, e onde os enfermeiros ocupam lugar importante com competências próprias, desempenhando um importante papel de aconselhamento na educação para a saúde.

Couto (2003) refere a necessidade da enfermagem desempenhar um papel activo na preparação para o parto, tendo por base a citação de Collière (1989:290) “Há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior (nascimento de um primeiro filho), o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe”.

Messner (1993) refere que um dos aspectos que os utentes valorizam nos cuidados de enfermagem são as explicações e informações que os enfermeiros lhes vão transmitindo, ajudando-os a ultrapassar situações que desconheciam.

Há necessidade dos enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde materna e obstétrica desempenharem um papel activo na preparação para o parto, pois esta actividade faz parte integrante das competências do Enfermeiro Obstetra, competências estas, descritas na directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro. Assim, e de acordo com Franco (1998), sendo a realização de cursos de preparação para o parto dirigidos às grávidas /casais é um dever para com os utentes pelo conjunto de cuidados que podem

usufruir e que deles necessitam, e pela promoção de uma saúde materna e infantil com melhores indicadores de saúde.

Por tudo o que foi dito e com base nos resultados do estudo realizado por Couto (2003) emerge a necessidade de se desenvolver cursos de preparação para o parto, pois e de acordo com o autor supracitado, o mesmo proporciona inúmeras vantagens para a mulher, e para a sociedade em geral, porque uma mulher elucidada e colaborante, terá um parto mais fácil reduzindo complicações, tempo de internamento entre outros.

Perante tais conclusões consideramos que independentemente da cultura e das condições socio-económicas ou demográficas, a educação da grávida é o alicerce principal e a forma de contribuir para que a gravidez e o nascimento sejam acontecimentos normais e saudáveis no seio dos indivíduos, família e sociedade em geral.

O envolvimento de ambos os parceiros durante a gravidez e o parto é uma experiência única que os liga, fomentando uma intensa intimidade entre duas pessoas que já são chegadas, e criando potencial para os laços emocionais entre a tríade mãe-filho-pai.

As aulas de preparação para o parto visam essencialmente a prevenção e promoção da saúde da díade e do futuro bebé.

Os objectivos gerais desta intervenção são, por um lado, incentivar capacidades interactivas precoces de comunicação pais-bebé e, por outro, desenvolver capacidades de interacção entre os pais e o bebé.

No início de cada sessão é proporcionada a cada grávida/casal a possibilidade de expor as suas dúvidas, preocupações e expectativas. Da abordagem semiorientada, resulta o confronto e reconhecimento pelo grupo da existência de problemáticas comuns, facto que proporciona o evoluir conjunto na partilha de vivências e experiências relativas à gravidez e ao projecto de ser mãe/pai.

No início, durante as primeiras sessões, as ansiedades estão direccionadas e concentradas sobre o momento do parto, na vivência e controlo da situação desconhecida. As futuras mães mostram-se muito interessadas em receber informação.

Nestas sessões aproveitam-se os relatos das avós e das mulheres que já foram mães, que são testemunhos encorajadores e muito enriquecedores para o grupo. Gradualmente, é notória a crescente preocupação com o bebé e com o seu bem-estar. Amplia-se e cria-se espaço psicológico para o bebé. Em todas as sessões as futuras mães descrevem e personalizam os seus bebés, a partir das suas fantasias, dos seus sonhos e também da percepção dos movimentos fetais os quais, ao atribuir-lhes significado, se tornam reais elementos de interacção. Desta forma, a facilidade de algumas mulheres em exporem as

suas expectativas, proporciona ao grupo capacidade de fantasiar. A interacção entre as grávidas desenvolve-se, tornam-se atentas entre si e muito comunicativas – várias vezes interrompem a sessão para descrever o que o bebé está a fazer nesse momento.

A maior parte das mulheres nunca teve contacto próximo com bebés. Também aqui, a existência de mulheres com filhos proporciona o relato de vivências reais e desdramatiza muitas das ansiedades colocadas num ser “desconhecido”.

A possibilidade de reflectir sobre as alterações inevitáveis da dinâmica familiar torna possível o incentivo à estruturação e manutenção de redes sociais que suportem a futura diáde, implicando o pai e outros familiares, se possível, nesta reflexão. Se a grávida está sozinha é incentivada a comunicar e partilhar a informação posteriormente com o companheiro.

Erna & Ziegel (1986) referem também a proveitosa participação do marido em aulas de preparação Psico-profilática para o parto em conjunto com a mãe, para que no momento do parto, ele ajude a controlar a esposa desde a respiração até à lombalgia, bem como ajudar a atingir um estado de relaxamento.

O papel do companheiro durante a gravidez pode ser de apoio, respondendo aos sentimentos de vulnerabilidade da mulher, tanto no aspecto biológico como psicológico. Poder ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o trabalho de parto e parto, assim como poder ver e tocar no bebé logo a seguir ao parto são aspectos que, hoje em dia, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma experiência positiva do parto. Cranley, Hedhal & Pegg, citado por Figueiredo, Costa & Pacheco, (2002).

Colman & Colman (1994, p.152) referem que “uma vez que o parto é o culminar da gravidez, parece correcto que a experiência da gravidez devesse acabar tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida.”

Kitzinger (1984) faz notar a importância do marido como figura de suporte na fase final da gravidez, como alguém que assume juntamente com a mulher o protagonismo da cena do parto. Talvez seja ele a primeira pessoa a ver o bebé, o qual pode mesmo estar nos seus braços, quando adormecer pela primeira vez.” (p.177).

Erna & Ziegel (1986) referem-se ao pai como um assistente activo da mulher em trabalho de parto para alívio da ansiedade e relaxamento; Colman & Colman (1994)

referindo-se ao pai como um treinador da mulher na área de técnicas de relaxamento para facilitação do trabalho de parto; Moreira (1995) conclui com o seu trabalho que estando o marido presente durante o trabalho de parto todo o estado emocional e psicológico da puérpera se encontra influenciado, de forma tal que a depressão *post partum* é diminuída;

Williams (1995) refere-se ao efeito do carinho do marido sobre a grávida como factor de diminuição das complicações do parto;

“Quem dará à mulher amor e afecto durante a gravidez, atenção e cuidado durante o trabalho de parto e nascimento, e ajuda tanto prática como emocional no período pós parto? Espera-se frequentemente que o marido preencha todos estes papéis.” (Colman & Colman, 1994, p.47).

### **Enfermagem – que contributos?**

Hesbeen (2000:70) refere que o objecto de Enfermagem é *“actuar para tornar mais confortável, mais suave e mais calorosa a situação vivida”*

Na verdade, hoje o papel do enfermeiro é muito amplo, exigindo conhecimentos, habilidades e atitudes muito específicas em que está implícito um grande respeito e dignidade pela vida humana. O exercício profissional da enfermagem, centra-se então na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade), dando-lhes sempre oportunidade de participar e colaborar na tomada de decisões.

Segundo Collière 1989, os cuidados de enfermagem fazem parte de um conjunto de actividades de cuidados quotidianos e permanentes da vida.

De acordo com Collière (1989:21) *“os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema sócio-económico, em cada situação”*.

Desde que o ser humano existe na terra, que existe o acto de cuidar no seio da própria família ou comunidade, num relacionamento de inter ajuda e solidariedade. Os cuidados de enfermagem surgiram com a pessoa e será sempre este o centro da nossa atenção.

Após a década de 70, faz-se sentir uma preocupação crescente da enfermagem para os aspectos humanísticos e filosóficos do cuidar. Cuidar uma pessoa, pressupõe o conhecimento dos seus valores culturais, das crenças e das suas convicções.

**Cuidar em enfermagem** é atender, é dar resposta às necessidades do indivíduo.

Cuidar é considerada uma actividade indispensável à sobrevivência do homem, é um aspecto estrutural do crescimento e desenvolvimento humano. A pessoa deve ser vista como ser único, digno e que tem uma visão do mundo que lhe é específica.

De acordo com Watson, (1998) Cuidar é um factor vital para o crescimento humano, a manutenção da saúde e a sobrevivência.

O enfermeiro prestador de cuidados deve:

- Procurar o encontro com a pessoa para criar laços de confiança com ela; Mostrar-se como alguém que ajuda e acompanha a pessoa que cuida, questionando-se sobre a sua singularidade, identificando os seus recursos e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para o seu projecto de vida. Caminha com ela para promover a sua saúde Hesbeen (2000:32).

Os cuidados de enfermagem visam o Bem-estar dos utentes. O enfermeiro coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que a própria escolher. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados. Numa atmosfera de respeito mútuo o enfermeiro cria possibilidades de desenvolvimento do potencial da pessoa.

O enfermeiro deve acompanhar, esclarecer e transmitir as suas expectativas e recomendações, com vista a promover a saúde. Hesbeen (2000).

Consideramos que a prática de enfermagem na sua globalidade tem que partir de uma relação de ajuda, que permita uma intervenção mais holística dos cuidados de enfermagem, a qual passa necessariamente pelo desenvolvimento das capacidades relacionais. Estabelecer uma relação de ajuda é essencial para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes. Esta não visa resolver problemas mas sim ajudar as pessoas a enfrentá-los e a passar por eles de uma melhor forma.

A relação de ajuda em enfermagem é um conjunto de habilidades e capacidades que ajudam o utente a sentir-se menos só e acarinhado. Exige muita clareza de sentimentos. Devemos caminhar para a relação de ajuda, para que em simultâneo se humanizem os cuidados.

Adam (1994) considera a relação de ajuda como intrínseca aos cuidados; e como condição básica à eficácia desses mesmos cuidados. Afirmando alguns autores que deve estabelecer-se sempre que um ser humano entra em contacto com os seus semelhantes.

O *cuidar* é uma expressão da humanidade no quotidiano, algo de universal, sendo primordial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos, constitui o eixo central da prática de enfermagem.

Numa perspectiva ideal o enfermeiro deve compreender o utente e ajudá-lo a obter uma adaptação mais eficaz ao processo de maternidade. Cabe às enfermeiras não incutir modelos de actuação para as futuras mães e pais, mas sim compreendê-los como parte integrante de uma história e cultura num contínuo transgeracional e encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar a particularidade de cada ser, de cada relação – sempre numa perspectiva positiva de saúde.

É aos profissionais de saúde que cabe a responsabilidade de detectar e orientar situações de sofrimento quer físico quer psicológico.

A preparação adequada com informações suficientes cria-nos a capacidade de enfrentar o stress dessa mudança.

Segundo Griffiths (1972), a educação para a saúde tenta reduzir a distância entre as práticas de saúde óptimas e o que é realizado.

Assim, os enfermeiros devem preocupar-se com os utentes numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise com todos os recursos que possuem.

Ao exercício de enfermagem está subjacente o sentido de responsabilidade que se concretiza na relação interpessoal que tem lugar no desenvolvimento dos actos profissionais.

A relação é um elemento fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, ela é um agente terapêutico muito importante, deve facilitar e potenciar o crescimento interior do indivíduo/família, deve ser portanto um agente de mudança que possibilite ao indivíduo em crise ultrapassar esse momento e trazer-lhes um equilíbrio estável.

Moranga realça a *relação de ajuda* como a pedra basilar dos cuidados de enfermagem, definindo esta relação como: “uma série de interacções significativas entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade que se desenvolvem num clima de segurança afectiva e de confiança essencial; é a responsabilidade que cada uma das partes toma perante a outra.” Moranga (1992:18)

A humanização requer uma alteração de valores que passa pela valorização das relações entre as pessoas, por uma comunicação mais eficaz e pelo respeito do ser humano.

As competências técnicas ou conhecimentos não bastam para um bom desempenho em enfermagem, é necessário que haja o que Goleman chama de *inteligência emocional*. Esta pode definir-se “como a parte da inteligência social que envolve a capacidade de

monitorizar quer as próprias emoções quer as das outras pessoas, de fazer a descrição entre emoções e de usar essa informação para orientar o raciocínio e as acções”(Huy,2000:7).

Só sendo emocionalmente inteligente, cada pessoa interveniente poderá saber quando rir de uma piada, quando confiar no outro e quando este está emocionalmente sobrecarregado.

De acordo com Bastos (1998) o que pode tornar a enfermagem uma actividade profissional é o tipo de comunicação que se estabelece com o utente, esta deve ter como objectivo ajudá-lo a tornar-se mais autónomo nas suas actividades ou aumentar-lhe o bem-estar.

### **Humanização do parto**

*“Humanizar o nascimento é restituir à mulher o protagonismo, a autonomia sobre o seu corpo e a confiança”.*

*Herbert Jones*

Através de um estudo realizado por Costa et al (2003) na consulta externa da Maternidade Júlio Dinis no Porto, estudo este efectuado nos primeiros cinco dias de Puerpério a uma amostra de 115 mães primíparas, cujos resultados mostraram que durante o trabalho de parto e parto a generalidade das mulheres não vê confirmadas as suas expectativas prévias, sentem-se excluídas das decisões médicas, tem poucos conhecimentos e preparação, vivenciam um elevado número de emoções negativas e níveis elevados de dor. Perante tais situações, é cada vez mais premente preocuparmos com a humanização do parto. É neste contexto que surge a Humpar.

A Humpar – Associação Portuguesa pela Humanização do Parto, tem como principal objectivo a promoção de alterações e melhorias significativas no atendimento às grávidas durante a gestação, parto e pós-parto.

Desde 1985 a Organização Mundial de Saúde na Declaração de Fortaleza – Brasil, divulgou recomendações sobre o nascimento e tecnologias apropriadas ao parto. Tem vindo a alertar para a necessidade de mudar rotinas e procedimentos no contexto do parto normal, de forma a melhorar os cuidados dos serviços de saúde para a mãe e bebé, nomeadamente:



- Elaborar um plano pessoal de parto que determine onde e por quem será assistido o nascimento, a realizar em conjunto com a mulher/casal durante a gravidez.
- Respeitar a *escolha informada* pelas mulheres relativamente ao local de nascimento.
- Prover cuidados durante o trabalho de parto e parto para que o nascimento seja realizado com segurança, aumentando os níveis de confiança na mulher.
- Proporcionar às grávidas todas as informações que elas desejem e necessitem.
- Prestar cuidados à parturiente para alívio não medicalizado da dor.
- Assegurar apoio empático por parte dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
- Praticar preferencialmente a monitorização fetal com auscultação intermitente.
- Respeitar o direito das mulheres e seus acompanhantes à privacidade no local do nascimento.
- Respeitar a escolha da mãe relativamente ao acompanhamento durante o trabalho de parto e parto.
- Encorajar posições não supinas durante o parto e fomentar o livre movimento durante o trabalho de parto
- Não empregar de forma rotineira práticas e procedimentos que não estejam suportados por evidências científicas.

A OMS centra-se na promoção de um nascimento melhor. No entanto, para que estas recomendações sejam implementadas, é preciso que sejam divulgadas, reflectidas e aplicadas pelos profissionais de saúde, com vista à mudança.

Considerando o nascimento como um processo normal e natural e atentos ao que se passa noutros países da Europa, não podemos deixar de nos questionar porque ainda assistimos passivamente, ao parto medicalizado e instrumental, em que o poder da “ciência” se sobrepõe aos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes e religiões. Consideramos que *Boas Práticas* em obstetrícia, deverão ter por base competências para lidar com estas diferenças, de forma a ajudar a mulher/casal/família a ser pró-activa na consecução do seu projecto de saúde na maternidade.

## **2 - BEM-ESTAR NA MATERNIDADE**

A gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de um filho marcam o ciclo de vida desde os primórdios da humanidade.

Considerando, que o bem-estar na maternidade enquadra-se num conceito mais geral que é o bem-estar subjectivo, o qual diz respeito à avaliação pela positiva que as pessoas fazem da própria vida (Diener e Diener, 1995; Simões et al 2000, citados por Jesus).

Comungando da opinião de Jesus, consideramos que o conceito de bem-estar na maternidade pretende traduzir a motivação e a realização materna, em virtude do conjunto de competências (resiliência) e de estratégias (coping) que a parturiente desenvolve para fazer face às exigências e dificuldades durante o processo de maternidade. Superando e otimizando o seu desempenho, e conseqüente satisfação e realização.

### **2.1 – SAÚDE E BEM-ESTAR**

O conceito de saúde é hoje um conceito bastante alargado, designando mais do que a ausência de patologia ou de desvio em relação à média, implicando não só o bem-estar psicológico, físico e social como a promoção da saúde. (Ramos 2004).

A saúde é um indicador de bem-estar, já que quem a possui sentir-se-á mais forte para alcançar os seus objectivos. Faria (2003).

A visão holística da saúde adoptada sobretudo a partir da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) veio alertar os profissionais de saúde e os políticos para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da saúde.

O desenvolvimento do modelo biomédico está no centro da Primeira Revolução da Saúde. A celeridade e eficácia técnica do atendimento médico baseado no “diagnóstico prescrição de medicamentos ou cirurgia” levou, paradoxalmente, a uma falta de tempo e conseqüente esquecimento da fenomenologia humana e da sua singularidade, que pode, só por si, prolongar a doença.

No século XIX, após a Revolução Industrial, surgiram cenários generalizados de poluição e comportamentos individuais lesivos da saúde. Perante esta situação, surgiu a necessidade de introduzir uma abordagem preventiva, para incluir recursos pessoais e ambientais na protecção e promoção da saúde embora com novos desafios, devido à crescente alteração dos padrões de mortalidade e morbilidade cada vez mais da responsabilidade dos comportamentos das pessoas, dos grupos e das comunidades. Deslocou-se desde então o foco da atenção da saúde pública da *doença* para a *saúde*. Esta mudança alertou para a necessidade de uma evolução a nível da identificação de problemas e soluções. Estas alterações implicaram uma nova concepção de saúde pública com consequências importantes para os sistemas de saúde tradicionais, e tiveram implicações fundamentais para a definição, para o trabalho e para a formação dos técnicos de saúde (Lancet, 1991).

A mudança do paradigma biomédico num paradigma de saúde pública justificou-se pela observação de que:

- ↳- As doenças infecciosas têm custos altos e curas difíceis,
- ↳- As doenças são contraídas em contactos com o meio físico e social
- ↳- As doenças apenas se disseminam nestes contactos se as condições são favoráveis aos agentes infecciosos, condições estas, que podem ser de âmbito individual ou ambiental.

Numa primeira fase, é mais fácil convencer alguém que sofre a consultar o médico, do que alguém que não sofre a mudar de hábitos nocivos, a pensar num futuro longínquo, até porque os hábitos se tornaram muitas vezes automáticos, inseridos num quotidiano e de difícil alteração.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) define como prioridades para a saúde:

- Uma política de saúde pública,
- O desenvolvimento de competências sociais e pessoais,
- Uma acção comunitária,
- Um ambiente protegido e protector,
- Uma reorganização dos serviços de saúde de modo a torná-los mais eficazes na resposta a estes novos desafios.

Enfim, como chegar a uma sociedade em que “o prazer na vida” se baseie no bem-estar e na qualidade de vida em vez de se basear na procura de comportamentos, substâncias ou situações lesivas da saúde?

De acordo com as conclusões do WDCPHP (Working Group Concepts and Priorities in Health Promotion, 1987, cit. in Ribeiro, 1998) a promoção da saúde:

- Abrange as populações no seu dia-a-dia e não só pessoas em risco,
- Visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade sobre a sua saúde,
- Visa os determinantes dos comportamentos e situações de risco e de protecção,
- Combina métodos multidisciplinares aos vários níveis de intervenção,
- Visa a participação pública no desenvolvimento de competências individuais e colectivas.

A Segunda Revolução da Saúde, durante os anos 70, fundamentou o trabalho interdisciplinar nas áreas da saúde e áreas limítrofes, nomeadamente a nível da Psicologia da Saúde. Assim, a saúde passou a ser equacionada como uma dinâmica complexa aos vários níveis: físico, psicológico, social e ambiental (Stops, 1992).

A importância da intervenção em Saúde passa assim a ter mais a ver com a capacitação das populações para, no confronto com os riscos, conseguir um rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causado pela exposição aos factores de risco.

Esta perspectiva torna-se fundamental quando se fala de saúde comportamental uma vez que, sendo quase impossível evitar o confronto das pessoas com os riscos, torna-se de fundamental esta perspectiva da promoção das competências pessoais e sociais para um restabelecimento de novos equilíbrios, cada vez mais complexos.

A promoção da saúde envolve um vasto conjunto de factores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, económicas, reguladoras e tecnológicas, mantendo como foco a acção sobre as pessoas, os grupos e a população (Egger et al., 1999).

Assim sendo, a promoção da saúde é definida em termos de programas de bem-estar e estilos de vida.

De acordo com Faria (2003:97) “a saúde é um indicador de bem-estar, já que, quem (indivíduo, família, grupo social ou um povo) a possui sentir-se-á mais forte para alcançar os seus objectivos”.

As intervenções no âmbito da promoção da saúde têm vindo a sofrer alterações desde os anos 80, associadas a mudanças sociais mais vastas, nomeadamente no que diz respeito:

- ↳ À redefinição do papel da mulher,
- ↳ À mudança do conceito de família
- ↳ Às grandes migrações populacionais,
- ↳ Aos conflitos armados,
- ↳ À disparidade económica e no acesso à saúde e à educação,

- ↳ À alteração do padrão de vida das populações nas sociedades do mundo global
- ↳ Ao acesso ao crédito,
- ↳ À ausência de padrões de interacção familiar
- ↳ Ao aumento da consciência ambiental e da própria saúde.

Voltamos aqui, mas a um outro nível de complexidade e de competência, ao conceito de saúde holística dos filósofos/médicos/mestres gregos, conceito este em que a saúde das pessoas, ainda que de modo algo incipiente, procurava-se sempre no equilíbrio das várias “vidas” do homem e no equilíbrio deste com a natureza.

A Psicologia da Saúde justifica a sua pertinência argumentando «*que os seres humanos devem ser vistos como sistemas complexos*» (Ogden, 1999) e que para uma compreensão das causas e do tratamento da doença é necessário considerar «*uma multiplicidade de factores e não um único factor causal*» (Ogden, 1999), propondo uma abordagem biopsicossocial de saúde.

Apesar de se caminhar no sentido de um modelo ecológico da saúde, ainda existe um longo caminho a percorrer até ao reconhecimento de que:

- ↳ A promoção e protecção da saúde e a prevenção e tratamento da doença são partes diversas da mesma realidade,
- ↳ A educação e o bem-estar económico são os principais factores de risco para a saúde,
- ↳ O meio ambiente, rural ou urbano, tem fortes ressonâncias na saúde.

Ewart (1991) defende que é preciso estudar os mecanismos de mudança, que perspectivem as mudanças individuais enquadradas em mudanças favoráveis no sistema ambiental, isto é introduzir bons hábitos nas rotinas das pessoas e promover a auto-protecção a partir da vida de todos os dias (alteração de leis, mudança de ambientes). Este processo, implica interdependência social e auto-regulação.

Referem ainda estes autores que os factores de risco têm um efeito cumulativo, dão origem a vários problemas e são neutralizados por factores de protecção. Defendem portanto uma intervenção preferencial sobre os factores de protecção (resiliência, vantagem social, competências pessoais), actuação sobre factores indicativos precoces, e a conjugação de intervenções universais com intervenções mais selectivas.

Coie et al. (1993) defendem ainda uma ligação próxima da intervenção à investigação como modo de avaliação de acções. Identificam factores de risco para a saúde, de ordem familiar e emocional.

Como comenta Ribeiro (1998) novos desafios multifacetados se colocam para a saúde/bem-estar, incluindo entre outros:

↳ Aspectos de pressão social relacionados com o estilo de vida (somos pressionados a “ter”, a “parecer”, a esconder sentimentos; o pós modernismo é sem dúvida um tempo de excesso, de abundância e de desperdício, em simultâneo com a privação noutras zonas do planeta),

↳ As condições de vida (pobreza, ignorância, desigualdade de acesso aos serviços de educação, saúde e justiça, habitação, trabalho, stresse laboral, familiar e ambiental, migração, isolamento, exclusão social, qualidade do ar, oferta a nível de lazer, agentes infecciosos),

↳ Os estilos de vida relacionados com a saúde (alimentação ou bebida em excesso, consumo de drogas, alimentação pouco cuidada, excessiva ou fome, sedentarismo, lazer, stresse no dia-a-dia, violência doméstica, social, sobre menores ou nacional/internacional),

↳ As redes sociais de apoio sócio-cultural (família, vizinhos, amigos, grupos na escola ou emprego, capital social, igreja, clubes, serviços de saúde, estado de saúde, vacinação, competências pessoais e sociais).

A OMS (WHO, 2001) defende:

- ✎- Programas preventivos e promocionais, que promovam as capacidades das pessoas, actuando de preferência antes que os sintomas se instalem,
- ✎- Uma acção que inclua estratégias para diminuição do estigma, da discriminação, da exclusão social e da desigualdade de oportunidades,
- ✎- Preconiza a partilha de “boas práticas”, após avaliação, de modo a criar programas baseados nas experiências avaliadas.

A OMS (WHO, 2001) sugere intervenções com jovens, com especial atenção para a questão das necessidades e tarefas ligadas ao desenvolvimento e sua repercussão na saúde, incluindo os contextos sociais, e que ajam precocemente e promovam a participação e a competência das populações-alvo.

Refere-se ainda este documento a intervenções preferencialmente na comunidade (“envolvimento o menos restritivo possível e tratamento o menos restritivo e menos intrusivo possível”), embora chame a atenção para o facto de que a desinstitucionalização e a intervenção na comunidade necessitam de condições para ser implementadas. E preconiza as seguintes:

- 1 - Disponibilização de tratamento no âmbito dos cuidados de saúde primários,
- 2 - Disponibilização de medicação adequada,
- 3 - Prestação de cuidados na comunidade,
- 4- Educação da opinião pública,

- 5- Envolvimento da comunidade, da família, dos consumidores,
- 6- Estabelecimento de políticas nacionais, programas, legislação,
- 7- Desenvolvimento de recursos humanos,
- 8- Estabelecimento de laços intersectoriais,
- 9- Monitorização da saúde mental da comunidade,
- 10- Apoio à investigação

Uma “nova compreensão”, um “novo entendimento” de que a saúde mental, física e social são condições vitais e profundamente interdependentes e de que, à medida que cresça a nossa compreensão sobre esta interdependência, mais óbvio se tornará que a saúde mental é crucial para o bem estar de todos os indivíduos, sociedades e países (WHO, 2001).

Por tudo o que foi descrito anteriormente, consideramos a preparação para o parto como um método de educação e promoção da saúde da grávida/família/comunidade, proporcionando suporte social ou apoio social. Sendo este último referido por diversos autores, como um dos factores protectores que favorecem a resiliência em situações de risco ou stress.

Rutter (1993) citado por Ramos (2004) compara a importância do suporte social nomeadamente o apoio emocional ao processo de vinculação familiar na infância. Ainda de acordo com ramos (2004), citando Caplan et al. (1976) nos indivíduos expostos ao mesmo acontecimento stressante, os que dispõem de suporte social, têm menos problemas de saúde. Saresson et al (1990), citado também por ramos, realça o facto do suporte social diminuir o risco de doença e melhorar o prognóstico e a qualidade de vida.

De acordo com Ramos (2004) o apoio social ao indivíduo ou à família pode envolver, quer o apoio emocional, através da empatia, estima, confiança e alento, quer o apoio instrumental ou mesmo, o apoio ao nível do aconselhamento e da informação, através de conselhos e informações relacionados com os cuidados e a saúde da criança e do adulto, sobre as funções e cuidados parentais.

Neste contexto, surge a preparação para o parto como um apoio/suporte social formal que tem como objectivo proporcionar assistência e apoio às grávidas/casal/família na experiência da gravidez/parto/puerpério.

De acordo com Pais Ribeiro (1999:549) citando investigação realizada por Broadhead et al (1983) “acerca de evidencias epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde...conclui-se pela existência de forte correlação entre as duas variáveis.”

Outro resultado consistente com estudos anteriores (para uma revisão, ver Collins e Feeney, 2004) é o de que as percepções de apoio social são de importância crítica para a adaptação pessoal e bem-estar. Em concordância com estudos realizados (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Palmer, 2003; Priel & Besser, 2002), verificou-se que o suporte social do marido surge como um factor de protecção na transição para a maternidade.

Ribeiro (2001) citando Spilker (1990) refere que as acções do sistema de saúde e os efeitos do tratamento são filtrados pelos valores, atitudes, crenças e julgamentos do doente, influenciando o seu estado físico, bem estar psicológico e vida social, bem como o seu estado económico e profissional.

A variável saúde é sem dúvida, dinâmica e muito interactiva.

Dolgeres e Hensley (, 1989), consideram que o bem-estar numa Perspectiva holística é composto por oito principais categorias, são eles a saúde mental/emocional; controlo do stresse, sexualidade, condição física, nutrição uso e abuso de substancias (álcool e drogas), sensibilidade para o meio ambiente, segurança.

De acordo com Galinha e Ribeiro (2005) recentemente, a Psicologia Clínica vem abraçar o conceito de Bem-Estar Subjectivo, no contexto da Chamada Psicologia Positiva. Os autores supracitados referem O Bem-Estar Subjectivo como uma dimensão positiva da Saúde.

A investigação sobre o Bem-Estar Subjectivo aponta para o facto de que as pessoas não apenas evitam o mal-estar mas procuram a Felicidade.

O conceito de Bem-Estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos Indicadores da Saúde Mental, através de variáveis como a Satisfação com a Vida, a Felicidade, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Com esta viragem do foco da investigação para a dimensão positiva da Saúde Mental, o Bem-Estar Subjectivo assume-se como o conceito Chave de um campo de investigação emergente designado Psicologia Positiva.

Segundo Novo (2003), a falta de consenso na definição do conceito conduziu à separação de duas perspectivas do Bem-Estar, o Bem-Estar Subjectivo, que forma um campo de estudo e integra as dimensões de Afecto e Satisfação com a Vida, e o Bem-Estar Psicológico que constitui outro campo de estudo, fundado nos anos 80, por Ryff, e que integra os conceitos de auto – aceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na Vida e desenvolvimento pessoal.



A medição sistemática do conceito tem-lhe fornecido critérios de validade e fidelidade e existe consenso entre os investigadores sobre a existência de uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva do Bem-Estar Subjectivo – conceptualizados como a Satisfação com a Vida e como o sentimento de Felicidade (Sagiv & Schwartz, 2000).

Assim, o Bem-Estar Subjectivo é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de Satisfação com a vida.

Diener, Suh, e Oishi (1997), definem os componentes do Bem-Estar Subjectivo, identificando três componentes primários: Satisfação, Afecto Positivo e baixos níveis de Afecto Negativo. O Bem-Estar Subjectivo está, assim, estruturado de modo que estes três componentes formam um factor global ou variáveis interrelacionadas. Cada um dos três componentes pode ser subdividido. A Satisfação com a Vida Global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios de vida e estes podem ser divididos em várias facetas. O Afecto Positivo pode ser dividido em emoções tais como alegria, afeição e orgulho e o Afecto Negativo pode ser dividido em emoções negativas como vergonha, culpa e tristeza.

Finalmente, Diener, Suh, Lucas, e Smith (1999) definem o Bem-Estar como uma área de estudo em vez de um construto específico.

Diener, Suh, e Oishi (1997), designam três características cardinais do Bem-Estar Subjectivo, enquanto campo de estudo. Em primeiro lugar, o campo de estudo cobre todo o espectro do Bem-Estar, não foca apenas os estados indesejáveis, em vez disso, as diferenças individuais nos níveis de Bem-Estar Positivo, são considerados importantes. O campo de estudo está interessado nos factores que diferenciam as pessoas ligeiramente felizes, das moderadamente felizes e das extremamente felizes. A segunda característica preconiza que o Bem-Estar Subjectivo é definido em termos das experiências internas do indivíduo, não se impondo critérios ou avaliações externas, E é avaliado a partir da perspectiva do próprio indivíduo.

Horley citado por Pais Ribeiro (2005:101), define Bem-estar subjectivo “como um estado em que o individuo se sente feliz, saudável ou afortunado, ou em que, pelo menos, tem a crença de que é feliz.

O Bem-Estar Subjectivo é um conceito de importância crescente num mundo democrático, em que se espera que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios. É neste contexto que a preparação para o parto poderá fornecer contributos para tornar a experiência de maternidade realmente feliz.

## 2.2 – PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Uma das grandes áreas de intervenção e investigação da Psicologia da saúde é a promoção da saúde, esta baseia-se segundo Bennet e Murphy (1999, p.19) “... na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos tem impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde”.

De acordo com Simon (1993) a psicologia da saúde, dá relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença, tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças.

A intervenção em Psicologia da saúde, procura levar os sujeitos a desenvolver competências e comportamentos conducentes à sua saúde e bem-estar e a evitar situações de doença.

A promoção da saúde envolve os indivíduos e as comunidades como um todo, tendo como objectivos a saúde em geral, os determinantes e as actividades que a promovem, a participação pública e o desenvolvimento de competências e aptidões de resolução de problemas individuais e colectivos.

A promoção da saúde destaca o papel dos indivíduos, dos grupos e das organizações enquanto agentes que intervêm na definição e implementação de praticas de saúde e de politicas que conduzam ao bem-estar individual e colectivo. Ramos (2004:102).

O conceito de promoção da saúde inclui a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo da vida e que esta evolução é qualitativa. Inclui ainda a ideia de que a saúde é um processo (e não um estado) que tem a ver com a interacção do organismo com o seu ambiente físico e social.

Neste registo, o homem passa a ser visto como um sistema auto-organizado e auto construído, que inclui funções biológicas, de gestão, de manutenção e excitatórias (Ford, 1990), cuja compreensão é inseparável do ambiente físico e social por onde transita.

A carta de Ottawa em 1986 define promoção de saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar.

A promoção da saúde é um processo que visa dar às pessoas informações e conhecimentos das suas capacidades pessoais (genéticas, físicas e psíquicas) que lhes permitam rentabilizar o seu capital próprio, numa perspectiva de aumentar o seu

controlo sobre os determinantes da sua saúde e assim melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida.

De acordo com Ribeiro (1996) a promoção da saúde é por excelência, um conceito dinâmico e tem implícita a ideia de que a saúde se pode desenvolver ao longo do ciclo da vida.

Segundo Green & Kreuter (1991), promoção da saúde define-se como qualquer combinação planeada de suportes educativos, políticos e organizacionais para acções e condições de vida, que conduzem à saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades.

A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, que inclui não só acções dirigidas ao fortalecimento das competências pessoais e sociais dos indivíduos, mas também acções dirigidas à alteração das condições sociais, ambientais e económicas e a minorar o seu impacto na saúde pública e individual.

A promoção da saúde tem a ver com a consecução de medidas no dia-a-dia, quer a nível individual quer a nível colectivo. Estas medidas para além de participadas e concretizáveis, têm de tornar a adopção de estilos de vida saudáveis numa opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam a escolha de comportamentos protectores da saúde. É também necessário incluir o indivíduo como parte deste processo de controlo e responsabilização sobre a sua saúde e a saúde da comunidade.

O principal objectivo da promoção para a saúde deverá ser “...facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro para a comunidade...Tal, requer acesso continuo e completo à informação sobre a saúde para toda a população, recorrendo a todos os métodos disponíveis de divulgação...” (Pais Ribeiro, 1998).

Green e Simmons-Morton (1988) afirmam que um programa eficaz de promoção e protecção da saúde deve procurar ajudar o indivíduo a compreender-se melhor, a melhorar a sua auto-estima, saber o que é que o faz funcionar, desenvolver respeito por si mesmo. O programa de promoção e protecção da saúde deve ajudar esse indivíduo a sentir-se bem consigo próprio e com os outros, e a desenvolver um sentido de responsabilidade em função do seu próprio bem-estar e ao dos outros. Estes indivíduos ficam desta forma melhor preparados para pensar por si próprios, tomar conscientemente e realisticamente as suas decisões, adaptando-se às contrariedades da vida.

Green & Kreuter (1991) definem educação para a saúde como qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos e comunidades.

De acordo com Bennett e Murphy (1999), o alvo principal da educação para a saúde é a mudança de comportamento individual ou de factores intra pessoais como as atitudes e as crenças, julgados determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde.

Um comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de promoção, protecção ou manutenção da saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente eficiente para o fim (OMS, 1986).

É possível argumentar que quase todos os comportamentos ou actividades de um indivíduo têm impacto no seu estado de saúde. O estudo dos comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento com qualidade de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções nos indivíduos e nas comunidades.

Argyle (1997) defende que a felicidade, o humor e a saúde se inter-influenciam. Apresenta um conjunto de factores de ordem pessoal e social que influenciam a saúde. Estes factores incluem as relações interpessoais, o ambiente laboral e a motivação com o trabalho, a classe social, e a actividade física e o lazer.

As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e se responsabilizar pela sua saúde; para que estes se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e ainda para que o seu envolvimento físico e social seja favorável à escolha e manutenção dos mesmos, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura.

A educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que consiga potenciar a percepção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio, quando a escolha é adoptar e manter estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem específica da doença, nem privilegiar apenas a sua informação ou as suas características instrumentais. Implica uma resposta organizada do sistema no sentido de permitir que esta educação para a saúde tenha repercussão na vida dos jovens, no seu quotidiano, nomeadamente tornando acessíveis cenários e contextos promotores de saúde.

Assim a educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde. E é neste contexto que surgem os programas de preparação para o parto, que visam essencialmente, capacitar as grávidas/casais para a experiência de maternidade.

## **2.3- ASPECTOS RELEVANTES NA ADAPTAÇÃO À MATERNIDADE**

A atitude da mulher face à maternidade é bastante variável, existindo contudo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de cada sociedade. A todas as parturientes se colocam dúvidas e receios, atravessando-as o medo do desconhecido, o medo de ter um filho com deficiências, o medo das dores do parto (Mendes, 1991).

O planeamento da gravidez é um dos factores decisivos para o bem-estar da grávida/casal, e contribui decisivamente para o estabelecimento da relação precoce, hoje entendida como de primordial importância para o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança.

### **2.3.1 - Aspectos Psicofisiológicos da Gravidez e Parto**

Apesar da gravidez fazer parte integrante da vida de uma mulher e ser entendida como uma fase normal do seu ciclo de vida, é também entendida como uma fase de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: mudança de identidade e de papéis, permitindo à mulher novos níveis de integração e de amadurecimento da sua personalidade.

De acordo com Kitzinger (1995) a forma como a mulher se comporta durante a gravidez é determinada em grande parte pela sua personalidade, bem como pela cultura e sociedade em que vive.

A importância e as vivências associadas à gravidez e à maternidade têm variado ao longo dos tempos, fortemente influenciadas pelos padrões culturais e pelos valores aceites num determinado momento histórico.

## **Gravidez, período de mudança**

O nascimento de um filho é sem dúvida um acontecimento marcante na vida de uma mulher. Provoca alterações físicas, psicológicas e emocionais irreversíveis. Figes (2001:15) metaforicamente compara estas alterações como a travessia de “uma ponte de sentido único quando temos o primeiro filho. Podemos olhar para o sítio onde estávamos, mas nunca mais lá voltar”. A mesma autora acrescenta que esta irreversibilidade da maternidade pode desencadear sentimentos de ambivalência característicos da maternidade/paternidade. A decisão de ter um filho é muitas vezes acompanhada de incerteza tanto para as mulheres como para os homens.

O nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por mudanças a vários níveis, nomeadamente individual, conjugal, familiar e social.

A maternidade desenvolve-se habitualmente no contexto das famílias e do seu enquadramento social e cultural e, portanto, a atitude da mulher face à gravidez e a importância que lhe é atribuída dependem desse mesmo enquadramento.

Para Colman e Colman (1994) a gravidez pode ser simultaneamente gratificante e confusa, no seu âmago é criativa, uma vez que, no fim, há literalmente uma nova vida.

Estar grávida significa enfrentar um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social, que exigem importantes ajustamentos individuais, assim como outros tantos ajustamentos interpessoais, principalmente no quadro do relacionamento no casal (Figueiredo, 2000).

Diversos investigadores têm conceptualizado a transição para a parentalidade como crise e mais recentemente como uma fase desenvolvimental acompanhada por mudanças específicas. Esta transição representa um período de mudança e stress para os pais (Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Reece & Harkless, 1998), uma vez que é um processo em que transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais se interligam e ocorrem ininterruptamente (Canavarro, 2001).

O apoio social tem sido apontado como a principal variável psicossocial envolvida na adaptação à maternidade, definindo-se de forma geral como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, p. 127).

As redes de suporte social têm sido consideradas como um dos principais factores que influenciam a parentalidade (Belsky, 1984; Burchinal, Follmer, & Bryant, 1996), e como uma das principais variáveis moderadoras do stresse parental (Levy-Shiff, Dimitrovsky, Shulman & Har-Even, 1998; Tessier, Piché, Tarabulsy & Muckle, 1992). Por exemplo, Isabella (1994, cit. por Figueiredo, 2001), num estudo sobre uma amostra de 32 mães primíparas americanas, concluiu que as mães que no último mês de gravidez referem a presença de níveis mais elevados de satisfação matrimonial e de níveis mais elevados de apoio emocional e social por parte da família, sentem uma maior satisfação no desempenho do papel materno no 4.º mês do puerpério.

Outro resultado consistente com estudos anteriores é o de que as percepções de apoio social são de importância crítica para a adaptação pessoal e bem-estar. Em concordância com estudos realizados (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Palmer, 2003; Priel & Besser, 2002), verificou-se que o suporte social do marido surge como um factor de protecção na transição para a maternidade.

### **Concepções e crenças relativas ao parto**

Em termos culturais, “**parir**” é ainda sinónimo de “**dor**” e esta dor tem por base não só factores anatomofisiológicos, mas também factores de ordem histórico-culturais, surge então a ansiedade, o medo relacionado com a dor de parto, malformações do bebé, e o medo do desconhecido, tão característicos da gravidez. De acordo com o estudo realizado por Couto em 2003 o parto simboliza, o nascimento de um filho, mas também a realização da mulher, momento ao qual é associado medo e ansiedade. No entanto no grupo de grávidas da área rural do estudo realizado pelo autor supracitado, o sofrimento destaca-se, a este propósito o autor acrescenta “*Nestas, parece que o sofrimento no parto é visto como algo natural e pelo qual se terá de passar para ter o filho*”, terão que se submeter ao parto e nada nem ninguém as poderá ajudar. Consideramos que a principal causa é a tradição oral, ou seja as informações transmitidas pelas gerações das mães, das amigas, de histórias de partos anteriores onde por razões essencialmente culturais se destaca a dor e o sofrimento.

A grávida traz para a experiência do parto inúmeras peculiaridades fisiológicas, psicológicas e sociais.

Segundo Colman & Colman (1994), o comportamento da mulher relativamente ao parto reflecte os valores da sua cultura e o seu posicionamento perante as expectativas dos outros. Algumas culturas valorizam uma conduta que manifeste terror e angústia, enquanto outras esperam que a mulher se mostre insensível e serena.

### **Ansiedade na gravidez**

Ter um filho é um dos acontecimentos mais significativos da vida de uma mulher. Tudo começa no momento em que se deseja e planeia a gravidez, sendo durante o decorrer desta que ocorrem os reajustamentos físicos, psíquicos, emocionais e sociais, culminando com a ansiedade e expectativas relativas ao momento do nascimento.

A gravidez não é uma doença, mas é uma situação que exige determinados cuidados e atenções. As alterações hormonais e o desenvolvimento embrionário e fetal, vão por si só alterar psicologicamente a mulher. Todo este processo, vai repercutir-se no comportamento e nas emoções da mulher, esta durante a gravidez idealiza e fantasia a criança que vai nascer, com uma grande expectativa, podendo esta atitude envolver um aumento de ansiedade. A ansiedade pressupõe a percepção de uma ameaça que poderá ser causada por fundamentos objectivos ou subjectivos mais ou menos intensos. Esta exterioriza-se como uma emoção de tonalidade desagradável.

Em 1991, Daniel Stern referia-se ao mundo mental, imaginário e subjectivo das representações: «Existe o bebé real nos braços da mãe e existe o bebé imaginado na sua mente. Também existe a mãe real, segurando o bebé, e existe a sua ideia imaginada de mãe nesse momento. No final, existe a acção real de segurar o bebé, e existe a acção imaginada desse acto de segurar, em particular.»

O comportamento materno, inclui no seu contexto todo o comportamento da mulher que aguarda um filho, envolvendo especialmente as expectativas, e atitudes, quer ao longo da sua gravidez, quer nas fases que abrangem temporalmente o fenómeno do nascimento.

Segundo Winnicott (cit. por Tsiantis, 1991) a preocupação maternal primária *«desenvolve-se gradualmente e torna-se num estado de elevada sensibilidade, durante e especialmente no fim, da gravidez e dura pelo menos algumas semanas após o nascimento da criança»*,



Eurico de Figueiredo citado por Bento (1992:38) refere “a ansiedade, como estado central do medo provocado por estímulos secundários significando ameaça ou punição, de não gratificação ou por estímulos imprevisíveis encontra na gravidez, parto e pós-parto um poderoso revelador”.

De acordo com Ferronha e Vieira, citados por Bento (1992), a gravidez constitui para um grande número de mulheres um motivo gerador de ansiedade.

Através da pesquisa bibliográfica concluímos que a gravidez é unanimemente considerada como um fenómeno ansioso.

De acordo com Maldonado (1976) a ansiedade é uma expressão abreviada para um padrão de reacções bastante complexo, que se caracteriza por sentimentos subjectivos de apreensão e tensão associados a um estado de actividade fisiológica. A autora supracitada refere que a ansiedade é responsável por alertar e mobilizar a pessoa para enfrentar o agente responsável pela tensão, seja ele uma perda, uma tarefa de aprendizagem ou uma gravidez

Segundo Silva (in Gonçalves 2003:48) “Spielberger define estado de ansiedade como um corte transversal temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa e que consiste em sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e activação do sistema nervoso autónomo”. De acordo com o autor supracitado, traço de ansiedade consiste “nos termos das diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, isto é diferenças inter-individuais na tendência para perceber situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e na inclinação para reagir a tais situações com elevações ... intensas do estado de ansiedade”.

Bento (1992) citando Mendes realça como principais razões de preocupação para a grávida: o medo do desconhecido, o medo de ter um filho com malformações, o medo das dores do parto. O mesmo autor (1992:40), citando Cordeiro diz que toda a mulher grávida “experimenta face ao parto uma angustia difícil de vencer”.

É natural que ao aproximar-se a data do parto, esse momento tão esperado e desejado, a grávida torne-se mais ansiosa. Culturalmente associa-se o parto a um momento penoso de grande sofrimento. A este propósito Ziegel (1985) refere que a mulher em trabalho de parto apresenta algumas das emoções humanas mais pungentes, incluindo alegria, expectativa, dúvida, incerteza ou pavor e, em alguns casos, um medo que alcançará o terror.

Algumas mulheres começam a sentir sinais de ansiedade a partir do sexto mês de gravidez e outras começam a temer o parto a partir do momento em que descobrem que estão grávidas. O parto é imaginado como um “salto no escuro”, onde domina o desconhecido, o imprevisível e o risco. Por tudo isto, os momentos que antecedem o parto são sempre pautados pela ansiedade.

Maldonado (1976) refere que a ansiedade e os temores relacionados com o parto e o novo papel de mãe têm sido considerados como factores contribuintes para parto prolongado ou distócico. Ou seja, quando a ansiedade é excessiva podem surgir consequências negativas, como a possibilidade de um parto prematuro ou tardio, bebés com baixo peso, maior probabilidade de cesariana, menor probabilidade de um parto tranquilo e aumento da probabilidade de uma depressão pós-parto. A forma como o parto é vivido pode também influenciar a relação entre a mãe e o bebé.

McDonald citado por Maldonado (1976), “conceptualiza a especificidade dessas complicações obstétricas da seguinte maneira: a tensão (sob a forma de conflitos não resolvidos em relação à maternidade) provoca ansiedade, que resulta em tentativas de adaptação para enfrentar a tensão. Quando a ansiedade é muito intensa ou prolongada estas tentativas fracassam e resultam na activação do SNA; as complicações tendem a ocorrer na função fisiológica ou no sistema que apresenta o maior grau de activação.”

Existem diversas maneiras de reduzir a ansiedade associada ao parto. Vários autores procuraram reunir um conjunto de estratégias que ajudam a controlar a ansiedade, nomeadamente - procurar identificar a causa da ansiedade – O excesso de ansiedade associada ao parto tem quase sempre uma causa específica. Existem mulheres que estiveram expostas a situações extremamente violentas, como violações, abortos espontâneos, abortos provocados que geraram culpabilidade, infertilidade, partos anteriores com complicações, contacto com histórias de familiares que passaram por partos complicados, etc. O primeiro passo para lutar contra a ansiedade é perceber onde está a sua origem.

Por ser um momento cheio de incertezas e imprevistos, o parto está associado a vários tipos de medo: Medo de não reconhecer correctamente os sinais do trabalho de parto, medo de sentir dor, medo de falhar, medo da ameaça à vida da mãe e do bebé, medo de não conseguir controlar a situação, medo da separação do bebé, medo que surjam complicações e medo de não conseguir participar adequadamente no nascimento do bebé. Sem dúvida, que a gravidez é um período com alguma turbulência emocional.

A incapacidade de prever com certezas como irá decorrer o parto pode contribuir para o aumento da ansiedade, assim como acontecimentos negativos ocorridos no passado. Há autores que consideram os medos e a ansiedade como principais causas das complicações da gravidez e parto.

Há bastante tempo que existe a preocupação de estudar a relação da ansiedade da grávida com o parto e as complicações obstétricas – Davids et al (1961), Davids e Devault (1962), McDonald e tal (1963), McDonald e Parham (1964) concluíram que quanto maior é o grau de ansiedade manifestada, maior é a tendência para complicações obstétricas.

Maldonado (1976) refere que no geral os estudos mostram correlação positiva entre o funcionamento psicológico e o fisiológico na gravidez.

Eurico de Figueiredo citado por Bento (1992), refere que altos valores de ansiedade induzem complicações na maternidade, sugerindo a necessidade do recurso a formas de actuação que proporcionem a redução dos níveis de ansiedade durante a gravidez. A utilização de estratégias de controlo da ansiedade podem facilitar todo o processo e permitir que o parto se transforme num momento muito mais gratificante.

A gravidez pode ser considerada uma “crise”, ou seja um período de maior susceptibilidade a situações angustiantes (Colman & Colman, 1994). Pode-se considerar uma crise de maturidade e de crescimento da mulher, havendo variações individuais de acordo com a estrutura de cada personalidade, com o grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e com o seu enquadramento na família (Gomes Pedro, 1984). A resolução da crise pode ser saudável ou doentia, consoante a pessoa consiga um novo nível de integração e amadurecimento da personalidade, o qual se poderá repercutir na relação mãe/ filho. (Maldonado 1989).

A mulher grávida torna-se mais sensível a tudo o que a rodeia, com uma predisposição especial para se tornar receptiva a tudo o que se relaciona com o novo ser, vai surgindo uma ansiedade crescente, que culmina com o parto.

Soifer, (1991, p. 54) refere que “ o motor básico da ansiedade do parto é o trauma do nascimento, vivido como a ansiedade da separação”. Associado a esta componente, o factor hospitalização poderá ser gerador de maior ou menor ansiedade em função do grau de conhecimento que a grávida possui acerca do parto e da forma como o encara.

Segundo Chaplin (1981), ansiedade é um sentimento que revela, simultaneamente, receio e apreensão sobre o futuro sem uma causa específica para o medo. Esta passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcione.

De acordo com Maldonado (1976: 66), a ansiedade pode ser operacionalmente definida como uma reacção emocional evidenciada por manifestações comportamentais latentes ou manifestas e por alterações fisiológicas relacionadas com o funcionamento endócrino.

Tendo em conta todos os autores consultados, podemos considerar ansiedade como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das expectativas humanas, sendo propulsora do desempenho.

Com a aproximação dos primeiros sintomas do trabalho de parto e mesmo que a grávida esteja bem preparada, esta é assaltada por ansiedades e medos. Existe uma certa ambivalência, por um lado a necessidade de chegar ao fim, pois já se sente muito cansada e desconfortável, por outro lado o medo de ter um bebé deficiente ou doente. São estes sentimentos que fazem aumentar a ansiedade da parturiente, tornando-se necessário por parte dos profissionais de saúde arranjar suporte social para que esta mulher, relembre mais tarde a sua experiência de dar à luz como uma experiência positiva e única. Este suporte social, pode passar por aspectos tão simples como seja, permitir a presença de uma pessoa significativa para a parturiente durante o trabalho de parto.

Os profissionais que cuidam a mulher em trabalho de parto, também não podem esquecer de lhe dar apoio psicológico, proporcionar-lhe um ambiente calmo e seguro no qual se transmita energias positivas de bom humor e atitudes francas, onde a comunicação verbal e não verbal transmita mensagens de optimismo, simplicidade e familiaridade.

## **Stress**

Stress é uma das palavras mais usadas na literatura e no comportamento humano, tanto é usado como um nome, um verbo ou um adjetivo.

Também existem autores que referem que não há stress, mas sim situações indutoras de stress.

Assim a definição de stress depende do autor, não há conformidade, variando de um estímulo (Holmen e Rohe, 1967), como resposta do organismo (Selye, 1980), como interacção entre as exigências do meio e as características do indivíduo (Lazarus e Folkman, 1984)

Ramos (2004:267) citando Lazarus e Folkman definem stress como “uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, a qual é avaliada e considerada pelo indivíduo como algo que sobrecarrega ou ultrapassa os seus recursos e prejudica o seu Bem-estar”.

Em termos gerais, o stress é considerado um factor negativo, que induz o mal-estar psicológico ou físico. Sem dúvida que o stress excessivo afecta negativamente o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, está implicado na adopção de comportamentos de risco e associa-se a sentimentos de insatisfação com a vida. No entanto existem autores, nomeadamente Selye (1974) que defendem que o stress é um processo inerente á vida de todos os organismos. Sem stress ou seja sem estimulação o organismo morreria.

Ribeiro (2005), refere que o facto de estar vivo é indissociável de *stress* e de *coping*, e citando Gatchel, Baum & Krrantaz (1989), define stress como “o processo complexo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da vida do dia-a-dia, susceptíveis de ameaçar ou por em causa o bem estar desse organismo”. (p.273).

Selye (1974) citado por Ribeiro (2005) refere que o stress é um termo positivo, com duas vertentes, são elas o Eustress e o Distress. Estes autores definem Eustress como “aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte dos organismos” e que é fundamental para a sobrevivência dos mesmos. Definem Distress como “um estímulo tão forte que é susceptível de provocar danos no organismo.” (p.273).

Segundo Dias Cordeiro, citado por Bento (1992:36), embora a gravidez seja, um fenómeno biologicamente normal, é um acontecimento excepcional na vida de uma mulher/casal/família, exigindo um esforço de reorganização de valores e funções.

Bento (1992:38), citando Rezende refere que “a gravidez, desde os primórdios da sua instalação, apenas nidificado o ovo, forma e produz Stress”. Consideramos assim, a gravidez como um processo stressor, o que de acordo com Ribeiro (2005:273) “são susceptíveis de provocar reacções tais como medo, ansiedade, zanga, hostilidade

O'Hara (2001) considera que o nascimento e o processo precoce de adaptação representam factores de stress psicossocial que são co-responsáveis pelo aumento de taxas de depressão durante o período pós-parto, justificando porque este é um período de alto risco para o aparecimento de depressão.

Na opinião de Dunkel-Schetter e Bennett (1990), e especificando um pouco, os indivíduos que experimentam mais stress, apresentam níveis mais baixos de sintomatologia psicológica e física, se tiverem melhor suporte, do que aqueles que tem um suporte mais fraco.

Muitos são os autores que referem que a existência de crenças irracionais são fontes de stress.

O'Hara citado por Nascimento, (2003) considera que o nascimento e o processo de adaptação representam factores de stress psicossocial que são co-responsáveis pelo aumento de taxas de depressão durante o período pós-parto.

Campos (2000), citado por Canavarro et al refere que a gravidez pode ser considerada uma transição normativa, envolvendo modificações várias, que podem ou não ser percepcionadas como indutoras de stress. Os seus efeitos no estado de humor e emoções, recursos sociais, processos de coping, são variáveis de mulher para mulher, no entanto a investigação aponta para que o stress , físico ou emocional, experienciado ao longo da gravidez, é um importante factor de risco para a gravidez, bem como para a saúde da mãe e do bebé. (Meytire, Carvalho e Milhazes, Dunkel-Schetter citados por Canavarro et al).

## **Depressão**

A maternidade é um acontecimento que exige muito esforço de adaptação por parte da mulher e que pode converter o puerpério num período de grande vulnerabilidade emocional. O parto representa para a mulher um momento de grande exigência não só a nível fisiológico mas também psicológico, uma vez que passa a existir a responsabilidade de outro ser que exige atenção permanente.

O puerpério, assim como a gravidez, é um período bastante vulnerável à ocorrência de crises, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto.

O choque do parto pode exacerbar os problemas de adaptação à maternidade.

Com o nascimento do bebé, a mãe é posta perante a criança real, o que vai provocar uma reorganização desta relação com o bebé imaginário, cuja representação a mãe desinveste progressivamente para investir o bebé real, com a sua identidade e características específicas.

A relação mãe-filho existe já antes do nascimento do bebé e podemos dizer que se inicia com o desejo de ter um filho e com as fantasias que a mãe tem em relação a este futuro bebé, o «bebé imaginário» Lebovici (1983).

O jogo interactivo mãe-bebé inicia-se muito precocemente e é a partir desta dialéctica interactiva que se constroem os alicerces para a organização narcísica futura da criança. Os primeiros dias após o parto são repletos de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação do parto.

Determinados aspectos da maternidade recente como o esgotamento físico da gravidez e do parto, o choque e o trabalho árduo da responsabilidade constante e a exaustão são os principais factores que contribuem para o *Blues pós-partum*.

A sensação de desconforto físico é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, a euforia e a depressão alternam-se constantemente, podendo esta última atingir grande intensidade. De acordo com a bibliografia consultada esta labilidade poderá ter por base factores como a passagem da situação de espera ansiosa típica do final da gravidez, para a de consciencialização da nova realidade, que paralelamente à satisfação materna significa também a responsabilidade de assumir novas tarefas e limitar algumas anteriores.

A depressão pós-parto caracteriza-se, essencialmente por sentimentos de incapacidade no desempenho do papel de mãe, sentimentos de culpa por achar que não ama ou que não consegue cuidar bem do bebé, ansiedade em relação à saúde do bebé e à alimentação, fadiga, choro fácil irritabilidade, insónias, desânimo, labilidade de humor isolamento social, medos hipocondríacos, queixas somáticas e diminuição do interesse, Oliveira & Pereira (2004). Em primeiro lugar há que saber distingui-la do *blues* pós-parto, o qual se caracteriza por um quadro depressivo de menor gravidade, que ocorre mais precocemente (no 3.º/4.º dia do puerpério), raramente permanece mais de 2 dias e as repercussões no bebé são diminutas. O blues Pós – Parto é considerado um síndrome afectivo ligeiro e benigno que surge no período que se segue ao parto, também chamado de síndrome do 3º dia, podendo durar em média 24 a 48 horas e, aparece em 30 a 80%

dos casos. Quanto mais intenso o blues, maior é o risco de desenvolver uma situação de depressão pós-parto.

Na génese da depressão pós-parto tem importância significativa a ausência de factores de protecção materna, nomeadamente, a ausência de suporte familiar, em particular do companheiro e de personagens femininas significativas (familiares ou amigas), e ainda a ausência de ajuda prática efectiva. São frequentemente mulheres que experienciam dificuldades presentes no relacionamento com a família – falta de suporte emocional da parte do marido ou situações de conflito com a família de origem, nomeadamente com a mãe.

A depressão pós-parto surge em cerca de 10 % a 20% das puérperas (Neto, Rocha & Silva 2005; Ribeiro, 2002; Stein e tal 1991)

Muitas mulheres durante a gravidez evidenciam sinais de depressão, por vezes mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade atribuída à fisiologia própria da gravidez. Pelo menos 10% das mulheres manifestam estados depressivos nos primeiros três meses após o parto. A sintomatologia destes estados depressivos pode estar mascarada por uma dimensão ansiosa, irritabilidade e alguma agressividade até então não habituais (Mazet e col., 2002).

Em caso de depressão pós parto é necessário o suporte familiar, assim como de amigos e em particular do companheiro. Num estudo realizado por Moreira, (1995) concluiu que a presença do marido/companheiro durante o trabalho de parto influencia todo o estado emocional e psicológico da mulher, diminuindo a depressão pós-parto.

Vários estudos têm demonstrado que o estado depressivo da mãe influencia a interacção com o seu filho.

A maioria das depressões que ocorrem durante o período do pós-parto, têm repercussões em todo o sistema sócio familiar que envolve a mulher e especialmente na interacção com o seu bebé e, que na maioria das vezes está relacionada com o desconhecimento, em relação ao parto e puerpério assim como expectativas negativas de familiares ou amigas.



### 3 - PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Ao longo da gravidez é normal a grávida preocupar-se com a preparação do parto, assim ler livros, ver filmes, falar com outras mulheres e assistir a aulas de preparação para o parto, fazem parte das preocupações da mulher grávida, afim de vencerem o medo e a ansiedade do parto. Os profissionais de saúde têm aqui um papel importante e uma necessidade de investirem na *educação para a saúde*. A gravidez é um momento particular e privilegiado de, *educação para a saúde* uma vez que a grávida está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde, para os quais, na maior parte das vezes está motivada e desperta.

A preparação para o parto nas suas várias concepções, consiste essencialmente num método de educação física e psíquica, através de informação sobre o processo gravídico, trabalho de parto, o parto, pós-parto e os cuidados ao recém-nascido, favorecendo o desempenho da mulher com todas as vantagens daí inerentes.

Couto (2006) com base nos resultados do estudo que realizou sobre a Conceitualização Pelas Enfermeiras de Preparação para o Parto, refere que a Preparação para o Parto é, segundo as enfermeiras estudadas, um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados com vistas a um resultado esperado com ganhos de saúde para a grávida e sua família.

A Preparação para o Parto, enquanto momento de educação, tem diversas visualizações e compreensões da sua conceitualização científica. Todavia, existem definições concretas e aceites pelo mundo científico, que nos apresentam a Preparação para o Parto como um “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor, ou Psico-profilático, implica a aprendizagem de técnicas de descontração psicofisiológica no tratamento das dores do trabalho de parto de forma a poder minimizar-se o uso da anestesia ou da analgesia.

De acordo com Bobak (1999), o objectivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do trabalho de parto, esta autora refere também que à noção de Preparação para o Parto pode-se também acrescentar que “muitas mulheres, especialmente nulíparas, preparam-se activamente para o parto. Lêem livros, vêem filmes, vão a aulas de Preparação e falam com outras mulheres (mães, irmãs, amigas, outras). Procuram o melhor profissional para aconselhamento, vigilância, e cuidados”

Segundo Paúl (1989) um dos principais objectivos da preparação para o parto é proporcionar à mulher um papel activo no parto, tornando-a atenta ao seu corpo, preparando-a para o seu futuro papel de mãe.

Os cursos de Preparação para o Parto nasceram na Europa, no princípio do século XX. Dick Read, obstetra inglês, percebeu que, no hospital, as mulheres se sentiam tensas, com medo, sós e pariam com dificuldade; era necessário, por isso, intervir, não só sobre o seu estado físico (através de técnicas cada vez mais seguras), mas também sobre o seu estado psicológico. A partir dessa observação começou a preocupar-se com a necessidade de vencer aqueles temores (desde o medo ancestral da dor e do risco inerente ao parto, até o medo, mais recente, causado pelo ambiente hospitalar), informando as mulheres grávidas acerca do que lhes iria acontecer, ensinando-as a colaborar de forma activa no nascimento do filho e diminuindo, assim, a dor. Hoje em dia, embora utilizando técnicas diferentes, os cursos de Preparação para o Parto perseguem, todos, os mesmos objectivos:

- Proporcionar à gestante a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, de modo a que possa viver conscientemente esse momento tão especial;
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia;
- Reduzir ao mínimo a dor, graças a meios largamente comprovados (técnicas de respiração, relaxamento);
- Ensinar a colaborar com o próprio corpo para que tudo decorra da forma mais fácil e rápida possível;
- Proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação e que, por isso, melhor do que ninguém podem oferecer a sua colaboração e solidariedade;
- Dar, em muitos casos, ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o do parto, possa estar o mais perto possível da futura mãe;

➤ Apresentar à mulher os ambientes em que irá estar internada e onde será assistida, para que lhe sejam menos estranhos.

Segundo Phaneuf (2001), essa forma de educação para a saúde baseia-se numa intervenção profissional em que a enfermeira “estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo, informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vistas a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde”.

Assim, e incluído no princípio anterior, a grávida, pessoa objecto de intervenção pedagógica, deve ser estimulada a conhecer o mundo que a rodeia. Tudo é novidade, nomeadamente, quando se trata de uma primeira gravidez.

Uma investigação realizada por Bento, em 1992, no Porto, levou a concluir que as mulheres que demonstraram durante as aulas de Preparação para o Parto ter maior conhecimento do trabalho de parto e maior confiança, após as aulas, revelaram ter um trabalho de parto com menos dor e menos penoso. O investigador concluiu, no fim desse estudo, que os factores em que encontraram correlação mais positiva foram o *conhecimento*, a *confiança* e a *ansiedade*. Apoia a necessidade de Preparação para o Parto como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com os medos relativos ao nascimento. Esse conhecimento e todo o processo de aprendizagem podem ser feito de duas formas: *informal* e *formal*.

O processo de aprendizagem *informal* é, talvez, o mais utilizado pela mulher ao longo do seu crescimento e pela grávida durante toda a gestação, tal como já foi referido. Tal processo empírico recorre, basicamente, ao senso comum, ou seja, através de canais científicos e não científicos e de expansão generalizada. São exemplo as leituras de livros e revistas, as conversas com outras mulheres e grávidas, a visualização de documentários e debates, as tradições oral e escrita. De maneira alguma essa forma de transmissão de conhecimento deve ser excluída, banalizada ou refutada, desde que correctamente transmitida.

O processo *formal*, ou seja, aquele que recorre a profissionais confiáveis, quer do ponto de vista científico quer relacional, acontece na comunidade de diversas formas, através de líderes da comunidade, profissionais de saúde. Esse é talvez o menos utilizado, por diversas razões. Primeiro porque a mulher apenas a ele recorre quando a situação a impele, nesse caso, a gravidez. Por outro lado, porque os próprios profissionais de saúde se esquecem das necessidades efectivas de aprendizagem da mulher e da grávida sobre educação para a saúde. Essa perspectiva está bem patente no estudo de Couto (2003),

em que o autor conclui que as grávidas estudadas, referiram que “a informação que lhes é dada é quase nada, quer durante o atendimento de enfermagem quer durante a consulta médica”.

Assim, os dois processos devem ser utilizados, tanto pelas mulheres grávidas como pelos profissionais de saúde, de forma combinada, estruturada e em simbiose perfeita de forma a conseguirem o equilíbrio constante.

Em países tão distintos culturalmente como o são o Zimbabwe e a Suécia, a necessidade de educação para a saúde durante a gravidez é um dos maiores objectivos dos bons cuidados de assistência pré-natal.

A educação de qualquer método de Preparação para o Parto implica, naturalmente, a sua introdução no ensino das faculdades de medicina, nas escolas superiores de enfermagem, a sua prática em todos os hospitais, em todas as maternidades e centros de saúde de Cuidados de Saúde Primários, prevista na **Legislação de Protecção à Maternidade e Paternidade e Assistência ao Parto**, em 1984.

Na maioria dos países a educação para a saúde sobre gravidez é providenciada formalmente pelos profissionais de saúde, material educacional e pela comunicação social. Mas, muitas mulheres obtêm informação informal sobre gravidez através de contactos com outras mulheres e familiares.

De acordo com Couto (2006) a educação académica restringe o uso adequado das fontes formais de educação para a saúde, tornando-as inadequadas e completamente inaplicáveis ao seu contexto de vida. Além desse factor de restrição educacional, derivada da baixa instrução, existem outros factores estudados que se agrupam e tornam o trabalho de parto mais complicado.

Num estudo realizado por Charles (1978) em grávidas suecas com apenas a escolaridade básica, essas revelaram maior ansiedade nos primeiros dois períodos do trabalho de parto do que as grávidas com escolaridade mais elevada.

De entre os muitos métodos existentes por todo o mundo científico, ou até mesmo empírico, o **Psicoprofilático**, ou Lamaze, é um dos mais aplicados e com maior sucesso, utiliza o conhecimento e o relaxamento para controlar a dor. Existem outros, também bastante conhecidos como o Método de **Dick Read** ou método de parto natural que combina técnicas de relaxamento e educação pré-natal para combater o medo, a tensão e a dor no parto; e o Método de **Bradley** ou método do parto assistido pelo marido, centra-se numa boa dieta e utiliza o exercício para aliviar as dores e preparar os músculos para o parto e os seios para a amamentação.

Apesar das diferenças teóricas, os três têm semelhanças: informações sobre os processos de trabalho de parto, algum tipo de preparação física e a crença no apoio, constante e competente, durante o trabalho de parto.

Como foi dito anteriormente, de todos os métodos de preparação para o parto o mais conhecido é o de Lamaze ou Psico-profilático. Historicamente este método teve origem na Rússia em 1949 com Velvovskie e Nikolavie com o intuito de suprimir a dor no parto, baseados nos trabalhos de Pavlov sobre o condicionamento clássico. A partir de 1920 começaram na Ucrânia os ensaios do método, o qual veio a ser adoptado por todas as maternidades russas em 1951 por decreto do ministério da Saúde Pública. Foi na década de 50 que Lamaze visitou uma maternidade em Leninegrado onde presenciou o parto sem dor pelo método Psico-profilático, vindo posteriormente a difundi-lo em França com grande entusiasmo.

Vellay (1984) refere que o objectivo do método é a elaboração de reflexos condicionados a partir do útero que envia informações ao córtex cerebral. A dor é considerada não sob o controle sub cortical, mas sim com carácter cortical e passível de condicionamento. É fundamental destruir a ligação de parto à ideia de dor inevitável, que gera medo e angústia, alargando o limiar de sensibilidade à dor o que fará com que o cérebro ao receber as excitações correspondentes à actividade contráctil do trabalho de parto, não faça a sua interpretação como dolorosas.

De acordo com Jeanson (1959), citado por Paul (1989), o método Psico-profilático de Lamaze consiste num curso de nove sessões a frequentar durante o terceiro trimestre de gravidez. Na primeira sessão dá-se uma ideia geral sobre o funcionamento fisiológico, reacções do organismo com vista à adaptação e o papel do cérebro; na segunda fala-se da respiração e das suas relações com a gravidez e parto permitindo à mulher tomar consciência do útero, da cinta abdominal e do diafragma; na terceira trata-se da educação neuromuscular – relaxamento; na quarta fala-se das fases do trabalho de parto e do comportamento adequado em cada fase do parto; na quinta sessão fala-se do período expulsivo e do comportamento adequado nesta fase; na 6ª sessão e seguintes, faz-se uma revisão das sessões anteriores, e esclarecem-se as dúvidas.

De acordo com Resende citado por Bento (1992) a preparação não pretende suprimir inteiramente as dores, mas visa modificar a atitude da paciente que, ao invés de ligar o parto a medo e terror, passa a aceitá-lo com compreensão, segurança, tranquilidade e, mesmo com satisfação.

Com este método a mulher aprende a controlar as dores das contracções uterinas com o auxílio da respiração para que se adapte ao trabalho de parto e não apenas se submeta a ele.

O controlo durante o parto é um conceito central em todo o processo, e relaciona-se com a eficácia do trabalho activo da parturiente e também com a própria satisfação que é a percepção individual positiva ou negativa que cada mulher possa ter sobre o processo de se tornar mãe. Esta percepção subjectiva está intimamente ligada com o cumprimento das expectativas desenvolvidas pela mulher relativamente ao acontecimento. Algumas expectativas podem ajudar a mulher a lidar com o parto enquanto que outras podem causar ansiedade e diminuição da capacidade de lidar com a situação. (Paul, 1989).

Consideramos que um dos principais objectivos deste método é restituir à mulher um papel activo no seu próprio parto, que deverá ser natural tornando-a atenta ao seu corpo, preparando-a para o seu futuro papel de mãe. (Paul 1989)

Todavia, outros métodos têm sido utilizados, com maior ou menor sucesso, mas todos com o objectivo último de diminuir o sofrimento e aumentar a colaboração da mulher no parto como, por exemplo, o Ensino Autónomo Respiratório, a Sofrologia, a Eutonia, a Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea, a Hidroterapia, o Yoga, a Effleurage, a Aromaterapia, a Acupunctura, a Haptonomia e a Hipnose.

De acordo com Couto (2003) é determinante que os cursos comecem a ser denominados agora como **cursos de Preparação para o Parto/Maternidade**, incorporados na cultura dominante da grávida e da sua família, tendo sempre em conta as representações mentais e sociais que emergem do seu conhecimento.

É fundamental *conhecer a informação* que a grávida detém sobre gravidez, trabalho de parto, parto e Preparação para o Parto, visando estabelecer um *plano adequado de educação para a saúde*.

Basicamente, a grávida tenderá a considerar importante *conhecer* o que se passa consigo, com o seu corpo, todos os processos e mecanismos em que está e irá passar. A gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério serão momentos que têm de ser *compreendidos* através de preparação adequada.

Depois aparece a necessidade de *diminuir a ansiedade*, o *medo* e a *dor*, nomeadamente através da *desmistificação* de preconceitos baseados em tradições orais e escritas, mitos e ritos. O *esclarecimento de dúvidas* e a *aquisição de conhecimento novos* são determinantes para a desmistificação de valores negativos profundamente integrados na mulher.

Por último, a Preparação para o Parto deve ser um meio privilegiado de transferência de

*Informações* sobre gravidez, trabalho de parto e parto, de forma a tornar a mulher uma atriz numa peça que ela conhece perfeitamente.

As Enfermeiras estudadas por Couto (2006) preconizam Preparação para o Parto: como um *meio*, uma *utilidade* e um *resultado*. Relativamente à Preparação para o Parto como um *meio* para alcançar algo, uma forma de alcançar *elucidação*, *esclarecimento*, *informação*, em suma, comportamentos de educação para a saúde.

Na Preparação para o Parto como uma *utilidade*, surgiram dois termos que se evidenciaram relativamente a outros. Foram os termos *prático* e *útil*, ou seja, a Preparação para o Parto deve ser um momento de praticabilidade constante, não só em aspectos pedagógicos, mas também futuros, como também útil para o desempenho que se aproxima e se deseja de excelente prestação.

Por fim, a Preparação para o Parto vista como um *resultado*, em que o *autocontrolo*, a *serenidade*, a *calma* e a *tranquilidade* fomentam a *diminuição da ansiedade* e do *medo*, assim como a *aceitação e participação* da grávida no trabalho de parto. Convém também não esquecer a *vinculação entre os pais e o recém-nascido*, vista como um resultado fortemente conseguido através de uma boa Preparação para o Parto. O *domínio de técnicas e procedimentos* (posições, respiração, relaxamento) é também igualmente referido como meta alcançável através da Preparação para o Parto.

Para a mulher, as acções de educação e Preparação para o Parto pelo Método Psicoprofilático, levam à diminuição da ansiedade devido ao conhecimento do processo do trabalho de parto. Com a ajuda de técnicas respiratórias e outras, ajuda a reduzir e controlar a dor e o desconforto. Proporciona ao casal, uma oportunidade para o marido/companheiro ajudar a sua mulher nessa experiência única. Por outro lado, os benefícios para a saúde são imensos, indo desde partos mais breves, diminuição da administração de medicação e anestesia até utilização diminuta ou abolida de instrumentação no parto.

Ainda de acordo com o estudo realizado por Couto, o autor refere **requisitos essenciais na preparação da grávida para o parto**, destacando: Aspectos *psicológicos*, *espaciais*, *formais* e *pedagógicos*.

Relativamente aos aspectos psicológicos refere a *motivação* da grávida e a presença de uma *enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* para a realização das sessões de Preparação para o Parto, como situações cruciais.

A relação existente entre os dois, através da *empatia*, da *simpatia* e do *bom atendimento* tornará a Preparação para o Parto um momento agradável de aquisição de conhecimentos.

A existência de um *Espaço físico adequado* e com *privacidade* onde o companheiro ou outro familiar possam estar presentes. Na grávida, a necessidade de privacidade, os estados altamente emocionais e a preocupação psicológica de voltar ao estado não gravídico interferem com o processo de aprendizagem. O mesmo processo perante a grávida seria mais benéfico se houvesse certa continuidade temporal, ou seja, se, nesse caso, a Preparação para o Parto fosse iniciada precocemente e tivesse continuidade regular. A *assiduidade* da grávida às sessões para uma boa preparação psicológica e física é outro requisito essencial a uma boa Preparação para o Parto.

A gravidez é um momento particular e privilegiado de intervenção, uma vez que a mulher está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde, para os quais, na maior parte das vezes, está motivada e desperta. Por esse motivo, a intervenção em grupos de grávidas pode ser um espaço privilegiado para a transmissão de informação e para a verbalização de ansiedades e expectativas relativas à gravidez e puerpério.

Cordeiro citado por Bento (1992) refere que quando a mãe é preparada física e psiquicamente enquanto grávida, contribui mais eficazmente para uma atitude de maior tranquilidade e para um comportamento adequado durante o trabalho de parto. Refere também que a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa ansiosa que povoa toda a mulher grávida. A este propósito o autor acrescenta que a preparação psicológica reduz grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso. Surge assim, a premência da preparação para o parto, a qual vem referida nas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, com o objectivo de reduzir o número de cesarianas. Direcção Geral da Saúde (2004).

Bento (1992) cita Crowe e Von-Baeyer que realizaram uma investigação cujo tema “Predictors of a Positive Childbirth Experience”. Analisaram as variáveis - o conhecimento de como se processa o trabalho de parto, os medos relativos à gravidez, loquos de controlo, ansiedade estado, expectativas de dor e confiança na habilidade para dominar a dor; como preditoras de experiências positivas de nascimento. Concluíram então que os factores com correlação mais positiva, propulsores de experiência de trabalho de parto positivo foram o conhecimento, a confiança e a ansiedade. Estes autores referem que os resultados do seu trabalho apoiam a necessidade de preparação para o parto como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com os medos relativos ao nascimento.

A preparação para o parto, para além de contribuir para reduzir a ansiedade natural das grávidas, proporciona relações empáticas entre a grávida e o profissional de saúde,



favorecendo todo o seu desempenho no momento do internamento em geral e do trabalho de parto e parto em si mesmo. A este propósito Couto (2003) refere que se deve aproveitar todos os momentos de inter-relação com a grávida e família construindo assim uma relação de ajuda e confiança, proporcionando bem-estar, relaxamento e alegria durante todo o processo de maternidade. Assim a preparação para o parto é uma mais valia, uma relação de partilha e de alegria, não só para a grávida/casal /família, mas também para os profissionais de saúde nela envolvidos.

No estudo desenvolvido por Couto (2003), destaca-se a necessidade sentida pelas grávidas entrevistadas, da existência de cursos sobre preparação para o parto, no sentido de obterem maior esclarecimento, sobre os cuidados com o recém-nascido, a preparação do enxoval, mas também a necessidade de conhecimentos sobre a gravidez, parto e o envolvimento do pai do bebé e da restante família.

Filomena Ferronha e Fernando Vieira citados por Bento (1992) realizaram um estudo intitulado “ansiedade na gravidez”. Procuraram testar se a utilização de técnicas de intervenção psicológica e a informação dada à grávida diminuiria a dor e melhoraria a performance durante o trabalho de parto. Concluíram que as mulheres sujeitas a aulas teóricas com informação sobre a gravidez, e aulas práticas centradas nas técnicas de combate à ansiedade, revelam maior controle durante o parto, diminuição de ansiedade nas últimas semanas da gravidez bem como no decurso de todo o trabalho de parto.

Segundo Mendes (1993:84) “...as lições de preparação para o parto são também úteis, principalmente aquelas que ensinam o relaxamento muscular (...) e as que treinam uma respiração superficial acelerada...”

Vellay (1984) refere que o parto é um processo que a mulher poderá acompanhar, controlar e dirigir. Realça a profilaxia como triunfo do conhecimento sob o obscurantismo, da razão sobre o medo do desconhecido. Possibilita à mulher agir e compreender os motivos dos seus actos, salientar as dificuldades para a ajudar a resolvê-las e permitir-lhe realizar-se pessoalmente num dos momentos mais importantes da sua vida.

A maternidade desenvolve-se habitualmente no contexto das famílias e do seu enquadramento social e cultural e, portanto, a atitude da mulher face à gravidez e a importância que lhe é atribuída dependem desse mesmo enquadramento.

No entanto, a família actual, ocidental, fechou-se num escudo de privacidade e intimidade, dificilmente penetráveis por outros elementos. Tem-se vindo a perder o contacto, as vivências e a proximidade com as mulheres mais velhas, as mães, avós, tias, vizinhas, portadoras e transmissoras de um envolvimento e sabedoria quase

inquestionáveis e que provinha da própria experiência. Era esta rede familiar e social tecida à volta da grávida que lhe conferia protecção e suporte durante as várias fases e períodos da gravidez.

Hoje em dia, os pais não aprendem necessariamente com os seus próprios pais, nem com os mais velhos, o que é necessário para virem a desempenhar o papel de pais. Isso agora é ensinado pela escola ou durante a gravidez, pelos profissionais de saúde (Cox, 1995).

Sharron, Hill, e Spiegelberg (1998) reforçam que actualmente se está a assistir a alguma deslocação da tradicional transmissão de conhecimentos de mãe para filha, para um papel cada vez mais relevante dos técnicos de saúde, que parecem ser a principal fonte de informação, principalmente nas mulheres mais jovens.

Alguns autores verificaram que o apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto (Figueiredo, 1997).

Ao trabalhar com grávidas privilegiando a intervenção em grupo, este funciona como suporte, combatendo as ansiedades e favorecendo as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas. A interligação do falar, reflectir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e consequentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimerman & Osório, 1997)

No estudo realizado por Gabriel e Regina (2006) concluíram que as grávidas que não tiveram preparação para o parto pelo método psicoprofilático, são as que apresentam médias superiores na percepção da dor, ou seja existe relação entre a preparação para o parto pelo método psicoprofilático e o nível de percepção da dor no trabalho de parto.

Esta conclusão corrobora a opinião de Couto (2003), que refere que entre muitos métodos existentes por todo o mundo científico e mesmo empírico, o Psico-profilático, isto é a preparação psicológica e física através da instrução e da prática, é um dos mais aplicados e com maior sucesso. Corrobora também a opinião de Boback e tal (1999) que realçam as vantagens na utilização deste método, nomeadamente uma menor percepção da dor e uma maior cooperação da parturiente durante o trabalho de parto.

Com o desenrolar do trabalho de parto e parto, a mulher pode libertar-se da dor, mas não da experiência de as ter sentido, sendo determinante alterar a forma como a pessoa

vivência esse acontecimento. De acordo com Veladas (1997) as vivências anteriores influenciam o dia-a-dia dos indivíduos.

Vellay (1984) refere que “A má educação causou uma ligação condicionada entre o parto e a dor imaginária”. Daí ser pertinente a educação sobre o que é a gravidez, todo o seu processo evolutivo e todas as dúvidas e receios sejam trabalhadas conjuntamente com a grávida, para que toda a vivência se torne uma experiência gratificante e enriquecedora.

#### 4. - SATISFAÇÃO E REALIZAÇÃO NA VIVÊNCIA DE MATERNIDADE

A maternidade tem sido percebida de formas diferentes, ao longo do tempo de acordo com a cultura e a sociedade em que a mulher se encontra, produzindo alterações nas suas próprias experiências de gravidez e maternidade. Canavarro (2001).

A experiência da maternidade é infinitamente variável, pois caracteriza-se de acordo com Figueiredo (1997) citado por Canavarro (2001:16) "...pelo período em que a mulher tem que se adaptar a todo um conjunto de mudanças que se verificam a nível biológico, psicológico, conjugal e familiar, do qual pode resultar desequilíbrio, tanto pode resultar desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais."

Comungamos da opinião de Horley (1984), citado por Pais Ribeiro (2005:101) ao definir o conceito de satisfação como "gratificação, numa proporção apropriada, dos maiores desejos da vida."

Sem dúvida, que a experiência do parto varia de mulher para mulher. Trata-se de um acontecimento extraordinariamente forte que pode ser agradável ou um pesadelo, mas sempre uma experiência marcante.

A investigação demonstra que as pessoas enfrentam melhor, os acontecimentos stressantes quando se sentem devidamente informadas e apoiadas.

R. Costa, B. Figueiredo, A. Pacheco, & A. Pais (2003) realizaram um estudo cujo principal objectivo foi dar conta da experiência de parto da mulher, atendendo em particular à confirmação de expectativas, à satisfação e à dor durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este estudo foi realizado nos primeiros 5 dias do puerpério a uma amostra de 115 mães primíparas, utentes da Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (Porto). Concluíram que durante o trabalho de parto e parto a generalidade das mulheres, não vê confirmadas muitas das suas expectativas prévias; excluída das decisões médicas, tem poucos conhecimentos e pouca preparação, vivência um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor, está preocupada com o estado de saúde do bebé e considera útil o apoio do companheiro. Surge assim a necessidade da humanização do parto, e dos serviços de saúde.

Os autores supracitados referem que vários investigadores têm vindo a sugerir que a satisfação com, e a qualidade da experiência de parto é susceptível de influenciar o bem-estar psicológico da mulher, bem como a adequação da sua interacção com o bebé. (DiMatteo et al., 1996; Figueiredo, 2001; Marut & Mercer, 1979; Robson & Kumar, 1980; Taylor, Adams, Doré, Kumar, & Glover, *submitted*).

O parto é um acontecimento muito significativo para a generalidade das mulheres, particularmente o momento em que vê e pega no bebé pela primeira vez (Garel, Lelong, & Kaminski, 1988; Lee, 1995). No entanto, a experiência de parto é muitas vezes marcada pela ocorrência de elevado mal-estar e emoções negativas, visto que a maior parte das mães refere ansiedade, falta de controlo, perda da noção de tempo e de lugar, bem como sentimentos negativos, tais como tristeza e zanga (Thune-Larsen & Pedersen, 1988).

A experiência de parto é, regra geral, uma experiência difícil para a mulher (Leventhal et al., 1989; MacLean et al., 2000; Thune-Larsen & Pedersen, 1988), mas a qualidade dessa experiência depende de uma diversidade de factores individuais, sociais e situacionais, como sejam: a presença ou não de uma figura de suporte significativa (Brazelton, 1981; Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Gainer & Van Bonn, 1977; Marut & Mercer, 1979), a participação activa ou não da mulher nas decisões médicas (Cranley et al., 1983; Marut & Mercer, 1979), as expectativas prévias da grávida (Niven, 1988), a utilização ou não de métodos analgésicos (Glosten, 1999; Morgan, Bulpitt, Clifton, & Lewis, 1992; Paech, 1991), e principalmente, o tipo de parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003; Cranley et al., 1983; DiMatteo et al., 1996; Field & Windmayer, 1980; Garel et al., 1988; Marut & Mercer, 1979).

Figes (2001) refere que as emoções e a experiência da maternidade e da paternidade são fortemente influenciadas pelas condições sociais e culturais envolventes. A este propósito, Canavarro (2001:20) refere que é importante conhecer as representações ou seja o conteúdo dos esquemas cognitivos sobre a gravidez e maternidade para melhor compreender o comportamento (seja ele ou não adoptivo) de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe. Para a grande maioria dos pais, a chegada de um bebé constitui a realização de um sonho. O prazer de ter filhos compensa largamente os sacrifícios.

Shorter citado por Nascimento (2003) refere que “Na hierarquia das prioridades do casal, o bebé passa a assumir um lugar cimeiro e único, e o amor materno assegura, assim, o seu bem-estar que se vem sobrepor a tudo o mais.

PARTE II  
ESTUDO EMPIRICO

## **5. – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**

A gravidez é um fenómeno fisiológico e, ao mesmo tempo, um acontecimento extraordinário na vida de um casal e principalmente na vida da mulher. Faz parte do processo normal de desenvolvimento da personalidade e envolve reestruturação e reajustamento a várias dimensões.

A **problemática** que serviu de base para a elaboração desta investigação, foi o facto de constataremos que a educação da grávida e toda a aprendizagem anterior à gravidez, nem sempre é realizada da forma mais correcta, acarretando níveis elevados de insegurança e ansiedade na vivência da gravidez e do parto. Como nem sempre as puérperas referem a experiência do parto como uma experiência positiva e gratificante, pretende-se investigar se a preparação para o parto poderá ter alguns contributos na forma como é vivido ou experienciado o trabalho de parto e parto.

Chegamos assim à seguinte pergunta de partida:

***A frequência de programas de preparação para o parto promove o bem-estar das Puérperas?***

Pois, consideramos a preparação para o parto, como momento de educação para a saúde, e como factor promotor de uma experiência feliz e gratificante.

### **5.1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Para darmos resposta à pergunta de investigação definimos os seguintes objectivos:

- Identificar se há diferenças na percepção de saúde entre as mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram.
- Identificar se existem diferenças no nível de stresse, ansiedade e depressão entre as mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram.
- Identificar se existem diferenças na percepção subjectiva de satisfação da vivência da maternidade entre as mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram.

- Identificar se existem diferenças em termos de Bem-estar na experiência de maternidade nas mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram.

## 5.2 – PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A gravidez é um momento único na vida de um casal e envolve modificações importantes.

Este trabalho pretende dar contributos aos profissionais de saúde e comunidade em geral para que seja notório a importância da preparação para o parto no decurso da gravidez.

## 5.3 – HIPÓTESES

As hipóteses correspondem a uma suposição expressa em termos de proposição orientando a investigação.

A este propósito GIL (1989: 60) diz-nos “que hipótese é uma suposta resposta do problema a ser investigado. É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada”.

Ribeiro (1999) refere que as hipóteses pretendem clarificar o que é esperado encontrar no final da investigação e respectiva justificação.

Considerando que em qualquer trabalho de investigação a formulação de hipóteses constitui uma fase importante do processo de pesquisa, formulámos algumas hipóteses. As quais foram formuladas à priori, tendo por base o enquadramento teórico e a nossa experiência profissional. Estas traduzem uma possível relação entre a variável dependente e a variável independente, numa tentativa de dar resposta ao problema.

### **Formulámos assim as seguintes hipóteses:**

**Hipótese 1** – As mulheres que frequentam preparação para o parto tem maior percepção de saúde Geral.

**Hipótese 2** – A frequência de programas de preparação para o parto diminui a ansiedade no processo de maternidade.



**Hipótese 3** – A frequência de programas de preparação para o parto diminui a depressão no processo de maternidade.

**Hipótese 4** – A frequência de programas de preparação para o parto diminui o stress no processo de maternidade.

**Hipótese 5** – A preparação para o parto favorece a percepção de satisfação da mulher na vivência da maternidade.

**Hipótese 6** – A preparação para o parto proporciona bem-estar à puérpera.

**Hipótese 7** - A preparação para o parto fornece mecanismos de coping à parturiente.

O estudo permite descrever alguns fenómenos de interesse e obter informação mais completa e precisa.

## **6 – MÉTODOLOGIA**

A investigação em enfermagem tem vindo a desenvolver-se de tal forma que é inquestionável a sua importância para a melhoria dos cuidados, bem como o contributo para o desenvolvimento da ciência, da profissão e do conhecimento.

Neste sentido optámos por um tipo de investigação de natureza quantitativa, através do estudo exploratório, descritivo de comparação. Pois, de acordo com Fortin (1999) é um tipo de estudo que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos, oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.

Os estudos exploratórios permitem descobrir fenómenos ocultos ao nosso conhecimento e clarificar outros.

De acordo com Trivinos (1995) nos estudos exploratórios aprofunda-se os limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida planear uma pesquisa descritiva. O autor citado refere que o foco essencial dos estudos descritivos reside no desejo de conhecer a comunidade, e descrever os factos e fenómenos de determinada realidade.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (1991:45) “...é realizado especialmente quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais (...) e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Daí que seja importante que toda esta investigação sirva não só para se obter conhecimento, mas também para contribuir no desenvolvimento de estudos no âmbito desta temática.

### **6.1 - PLANIFICAÇÃO**

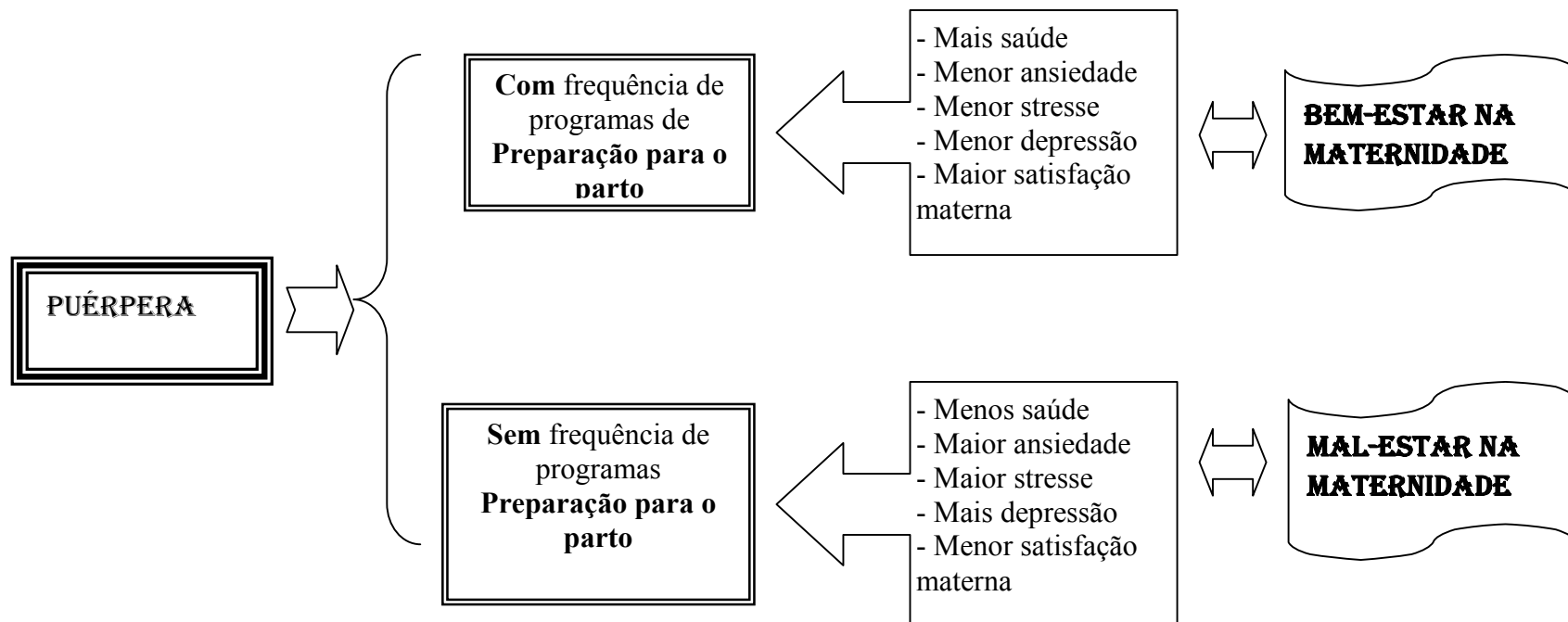
Trata-se de um estudo exploratório descritivo de comparação, uma vez que pretendemos saber se existe diferença na percepção de bem-estar perante a experiência de maternidade entre duas amostras, uma constituída por grávidas que frequentaram

programas de preparação Psico-profilática para o parto; a segunda amostra constituída por grávidas que não frequentara qualquer programa de preparação para o parto.

As variáveis principais do presente estudo são a frequência de preparação para o parto e a percepção de Saúde Geral, Ansiedade, Depressão, Stress, percepção subjectiva de satisfação e a percepção de Bem-estar. A primeira será a variável independente (Frequência de preparação para o parto) e as restantes variáveis dependentes.

Como variáveis de controlo e de caracterização da amostra incluiremos as variáveis demográficas idade, estado civil, número de filhos, habilitações e profissão.

**Figura 1 – Modelo de investigação**  
**PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DA PUÉRPERA ATRAVÉS DA PREPARAÇÃO PARA O PARTO**



### 6.1.1 – Variáveis

A investigação como base do conhecimento científico, tem como função principal descobrir e exprimir a relação entre os fenómenos. Para Polit e Hungler (1995) um estudo científico refere-se ao estudo de variáveis e da forma como elas se interrelacionam.

GIL (1988) diz-nos que o conceito de variável refere-se a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores, ou diferentes aspectos, segundo os casos particulares ou as circunstâncias.

Todo o problema para estar correcto e cientificamente formulado, necessita de relacionar entre si pelo menos duas variáveis, a independente e a dependente.

Desta forma, temos como variáveis principais a frequência de programas de preparação para o parto, e o bem-estar da puérpera perante a experiência de maternidade.

Variável Dependente – A variável dependente de acordo com Polit e Hungler (1995: 26) “... é aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever”.

As variáveis dependentes em estudo são:

- Bem-estar
- Ansiedade, Stress e depressão
- Satisfação materna
- Percepção de saúde geral

Variável Independente – a variável independente é para Polit e Hungler (1995: 39) “... a causa antecedente ou influência presumíveis em relação à variável dependente.

Com base nesta definição, consideramos como variável independente:

- Frequência de programas de preparação para o parto.

Como variáveis de controlo e de caracterização da amostra incluiremos as variáveis sócio-demográficas, idade, ocupação, habilitações literárias, estado civil, número de filhos, frequência de curso de preparação para o parto.

## 6.2 – AMOSTRA

A população em estudo é constituída por puérperas que se encontravam Internadas nos serviços de Puerpério nos seguintes Hospitais:

↪ Centro Hospitalar do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes – Serviço de Obstetrícia.

↪ - Hospital do Espírito Santo de Évora – Serviço de Obstetrícia

↪ - Hospital Garcia de Orta – serviço de Puérperas.

Este estudo decorreu no período de Maio a Agosto de 2006.

Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, pois, de acordo com Smith (1975) citado por RIBEIRO (1999:53), “a probabilidade relativa de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida.”

Segundo CARMO e FERREIRA (1998:197) a amostra não probabilística tem por “base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra”.

A amostra é constituída por 140 mulheres com uma experiência de parto recente, entre um a sete dias. A amostra é constituída por dois subgrupos, com 70 participantes em cada, um subgrupo com frequência de programas de preparação para o parto e o outro não.

A idade das participantes varia entre o grupo etário dos 13-18 anos até aos 43 anos de idade, a média situa-se no grupo dos 25 aos 30 anos.

A maioria das grávidas é casada ou vive em regime de coabitação (87,9%), (97,1%) dos agregados familiares incluem o pai do bebé.

Quanto ao número de gravidezes em 58,5% das inquiridas, tratou-se da primeira gravidez, portanto tem um filho.

Tendo em conta que foi critério de selecção saber ler e escrever, só três grávidas se situam no limiar mínimo de escolaridade, sendo a moda o ensino secundário (55%), seguindo-se a Licenciatura (29,3%).

### **Crítérios de inclusão na amostra**

Como critérios de inclusão na amostra considerámos:

- Puérperas, com parto ocorrido entre 1 e 7 dias (Pretende-se que o participante tenha uma vivência recente do fenómeno para que o possa descrever de forma aprofundada).

- Residente na zona de influência dos referidos hospitais.
- Saber ler e escrever.
- Gravidez de baixo risco.
- Aceitar participar voluntariamente no estudo.

### **6.3 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

A natureza do problema em estudo definiu o tipo de método de recolha de dados que vamos utilizar, o inquérito por questionário, segundo Quivy e Campenhoudt (1998), permite-nos conhecer as condições, modos de vida, comportamentos e opiniões de uma população, tal como permite uma análise de um determinado fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão.

A avaliação foi feita através de instrumentos de recolha de dados, anónimos, de auto-resposta, nomeadamente:

- Escala de caracterização sócio-demográfica .
- Questionário de saúde geral (GOLDBERG, 1978) Versão Portuguesa, FARIA, 1999.
- Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EASD) de 21 Itens de Lovinbond e Lovinbond Adaptação portuguesa de José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado, & Isabel Leal.
- Escala De Percepção Subjectiva de Satisfação da Vivência da Maternidade (Úrsula Carvalho Santos, 2006).
- Q.B.E.M. – Questionário de Avaliação do Bem-Estar na Experiência de Maternidade. (Úrsula Carvalho Santos, 2006)

#### **6.3.1 - Escala de caracterização sócio-demográfica**

A esta escala acrescentamos duas questões abertas, uma sobre os motivos que levaram a grávida a frequentar ou não os programas de preparação para o parto, e outra sobre a sua concepção de maternidade.

Esta escala é composta por 10 questões das quais 6 são fechadas e 4 abertas, e serviu para caracterizar os dois grupos quanto à idade, escolaridade, estado civil, paridade,

frequência ou não de preparação para o parto e concepção de maternidade. Com os resultados obtidos, pretendemos também controlar os resultados das variáveis dependentes através das variáveis demográficas.

### **6.3.2 - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (GOLDBERG, 1978) Versão Portuguesa, FARIA, 1999.**

O Questionário de Saúde Geral (v.12 itens) foi adaptado por Faria (1999) no âmbito da sua tese de doutoramento.

O G.H.Q. avalia a percepção que o indivíduo apresenta da sua saúde de um modo geral, face aos acontecimentos de vida recentes, e tem sido aplicado a populações de adultos.

O *General Health Questionnaire* (GHQ) foi criado por Goldberg em 1972, com o intuito de tentar compreender as possíveis relações que se estabelecem entre as emoções negativas e as condições em que elas se desencadeiam.

A versão do GHQ com 12 itens foi apresentada por Goldberg em 1978 (Goldberg & Williams, 1988, 1991). Trata-se de uma escala de tipo *Likert* em que se solicita a cada indivíduo que responda ao questionário a partir de 4 categorias (0= *agree strongly* até 4), apresentando a nota mínima de 0 e a máxima de 48 pontos.

Carvalho e Batista (1999) avaliaram as características psicométricas do GHQ de Goldberg (1978) da versão com 60 itens, para a população portuguesa; a partir da análise factorial obtiveram-se seis factores e relativamente à consistência interna foi encontrado um *alfa* de Cronbach para o total do questionário de .92, variando as sub-escalas entre .60 e .91.

A versão portuguesa do *General Health Questionnaire* (v. 12 itens) (GHQ) foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998 realizado por Faria no âmbito da sua tese de doutoramento.

No estudo desenvolvido por Faria em 1997 e 1998, relativamente à consistência interna foi encontrado um *alpha* de Cronbach para o total do questionário de .83

Este questionário é composto por 12 itens de auto-relato que medem a frequência com que determinadas situações ocorreram durante a última semana, segundo uma escala de tipo '*Likert*' que varia entre 1 ('Absolutamente verdadeiro'), 2 ('verdadeiro'), 3 ('Indiferente'), 4 ('Falso') e 5 ('Absolutamente Falso'). Todos os itens são cotados entre 1 e 5, embora os itens 1,3,4,7,8 e 12 tenham uma formulação invertida, pelo que é dada uma pontuação de 1 quando é assinalada a resposta 'Absolutamente Falso' e 5 para a



resposta ‘Absolutamente verdadeiro’. Os valores da pontuação oscilam entre o mínimo de 12 e o máximo de 60 pontos.

Os valores médios não podem ser comparados com os da escala original visto que se optou, na versão portuguesa apresentada, por 5 posições (1=absolutamente verdadeiro; 2=verdadeiro; 3=indiferente; 4=falso; 5=absolutamente falso), oscilando a pontuação entre o mínimo de 12 e o máximo de 60 pontos.

O questionário mostrou associações positivas e estatisticamente significativas com a *Depression Anxiety and Stress Scales* (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995) e com o *Short Form Health Questionnaire* (SF-36, Ware *et al.*, 1993).

### **6.3.3 - ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EASD)**

**De 21 Itens de Lovinbond e Lovinbond Adaptação portuguesa de José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado, & Isabel Leal**

A EADS é constituída por três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo sete itens cada uma delas. Cada escala é constituída por vários conceitos, nomeadamente:

*Depressão* – Disforia (dois itens); Desânimo (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens). Itens – 3,5,10,13,16,17,21.

*Ansiedade* – Excitação do sistema autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade situacional (três itens); experiências subjectivas de ansiedade (quatro itens); itens – 2,4,7,9,15,19,20.

*Stresse* – Dificuldade em relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente agitado/chateado (três itens); Irritável/Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens). Itens – 1, 6,8,11,12,14,18.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala tipo Likert de 4 pontos de gravidade ou frequência que varia de “não se aplicou nada a mim” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

Lovibond e Lovibond (1995) citados por Ribeiro et al (2004) caracterizam as escalas do seguinte modo:

- A depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa.
- A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo.
- O stresse sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afectivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão. Até finais do século XIX as perturbações de ansiedade não se separavam de outras perturbações do humor. Os casos menos graves eram, então, denominados de neurastenia (Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1996). Estes construtos são considerados independentes mas é reconhecida a sobreposição entre a ansiedade e depressão tanto do ponto de vista da saúde mental como do ponto de vista estatístico. Ribeiro et al (2004).

Watson et al. (1995) salientam a evidência de que a ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar empiricamente. Numa investigação anterior, Clark e Watson (1991), propõem um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A operacionalização do modelo tripartido levou à construção de medidas tais como a escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995) que designa-se em português por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS). Estes autores desenvolveram uma escala que, teoricamente, se propunha cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecesse uma discriminação máxima entre os dois construtos. Ribeiro et al (2004).

O estudo factorial desta escala apresentou um novo factor que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes itens referiam-se a

dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo factor foi denominado pelos autores de “Stress”. Ribeiro et al (2004).

A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”. Ribeiro et al (2004).

Optámos pela utilização da versão de 21 itens por concordarmos com a opinião dos autores de que as medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde, no sentido em que são preferíveis às mais longas, dado que nos seus contextos de aplicação as populações tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga.

#### **6.3.4 - ESCALA DE PERCEPÇÃO SUBJECTIVA DE SATISFAÇÃO NA VIVÊNCIA DA MATERNIDADE (Úrsula Carvalho Santos, 2006)**

Escala de avaliação da Percepção Subjectiva de Satisfação na vivência de Maternidade, desenvolvida para o estudo, com o objectivo de avaliar alguns aspectos considerados importantes para o estudo mas que não constavam de nenhum dos instrumentos já utilizados. Segundo Berzon (1998) é importante a inclusão de outros aspectos como a percepção individual de saúde e bem-estar geral, e factores contextuais, nos estudos que pretendam compreender melhor o impacto que as intervenções ao nível dos cuidados de saúde têm na vida das pessoas.

O objectivo de incluir o ponto de vista subjectivo na avaliação da satisfação com a vivência de maternidade relaciona-se principalmente com o facto de o sistema individual de valores e preferências não ser inteiramente determinado pelo sistema normativo da sociedade envolvente, os sistemas individuais de valores são também, moldados pelas características e experiências pessoais. Na construção desta escala tivemos por base os testemunhos das puérperas durante a prática clínica.

Trata-se de uma escala de avaliação subjectiva da satisfação materna percebida, constituída por sete itens, distribuídos por 3 dimensões, em que a resposta é dada segundo uma escala tipo Likert que vai desde 1 (Nada Satisfeita) a 5 (Muitíssimo

satisfeita). Solicitando-se às puérperas que indiquem a sua satisfação ou forma como se sentiu como mãe, na vivência de maternidade na última semana.

Os resultados da escala são determinados pela soma dos sete itens. Varia de 7 a 35. Quanto mais elevados os valores maior a percepção subjectiva de satisfação com a própria vivência de maternidade.

Através do Estudo da fiabilidade desta escala podemos constatar que a mesma apresenta um alfa de Cronbach de .759, o que é considerado aceitável. De acordo com Ribeiro (1999:113) “uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de .80. São no entanto aceitáveis valores acima de .60.” O autor supracitado refere ainda que estes baixos valores justificam-se quando as escalas tem um número de itens baixo, como é o caso da escala em estudo.

Procedemos ao cálculo de KMO sendo o mesmo .715 , o que mostra que existe uma correlação muito boa entre as variáveis, sendo assim possível realizar a análise factorial. Recorrendo à análise de componentes principais com rotação de Varimax com Kaiser, verificou-se que os factores explicam uma parte considerável da variância ou seja 72,63%, com um contributo de 41,05% do factor 1, de 15,97% do factor 2 e de 15,65% do factor 3.

As dimensões encontradas foram assim descritas:

- **Confiança** – composta por 3 itens (5,6,7), que apresentavam um alfa de Cronbach = .556, e de que é exemplo “confiança na prestação de cuidados ao bebé”. Como obtivemos um alfa baixo, procedemos ao estudo do elemento escala total, mas constatamos que ao retirar qualquer item o alfa descia, motivo pelo qual mantivemos os itens.

- **Suporte Familiar** – composto por 2 itens (3,4), que apresentavam um alfa de Cronbach de .760, e de que é exemplo “Percepção de apoio familiar”.

- **Satisfação Pessoal** – esta dimensão é composta pelos itens 1 e 2, e apresenta um alfa de Cronbach de .681, e de que é exemplo “satisfação com a experiência de maternidade”.

### **6.3.5 - Q.B.E.M. – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR NA EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE (Úrsula Carvalho Santos, 2006)**

O Questionário para avaliar o bem-estar das puérperas na sua experiência de maternidade, foi desenvolvido para o estudo, sendo construído com base nos

testemunhos das grávidas durante a prática clínica, e depois de uma revisão bibliográfica sobre o tema.

De acordo com Gil (1988: 90) “o questionário constitui o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato”, a possibilidade de anonimato pode ser fundamental na obtenção de informações. A utilização desta técnica garante também, não haver tendenciosidade,

Na elaboração do tipo de perguntas, seguimos o tipo de orientação de Ghiglione, no que diz respeito à classificação destas em abertas e fechadas. Assim o autor supra citado (1993: 127) define pergunta aberta como aquela que a “pessoa responde livremente” e, pergunta fechada quando se pretende uniformizar “as respostas pedindo a cada pessoa para escolher a sua, numa lista preestabelecida”.

O instrumento que se apresenta foi construído com o objectivo de avaliar a experiência de maternidade percebidas pelas puérperas de modo a despertar os profissionais de saúde para uma intervenção mais personalizada, numa perspectiva holística e humanista de modo a ajudar as mulheres a adaptarem-se ao processo de maternidade com sucesso.

O Q.B.E.M. – Questionário para avaliar o bem-estar das puérperas na sua experiência de maternidade inicialmente constituído por 32 itens, foi administrado a 140 mulheres internadas nos serviços de Puérperas dos Hospitais de Beja, Évora e Almada, no momento da alta hospitalar.

Este questionário é composto uma escala de tipo ‘*Likert*’ que varia entre 1 (‘Absolutamente Falso’), 2 (‘Falso’), 3 (‘Indiferente’), 4 (‘verdadeiro’) e 5 (‘Absolutamente verdadeiro’).

A análise dos resultados incidiu no estudo da homogeneidade dos itens através do alfa de Cronbach, determinação da correlação item-total e na determinação das sub-escalas através da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo Varimax com normalização de Kaiser.

Através da determinação da correlação item-total e da análise factorial de componentes principais foi excluído um número significativo de itens (18 itens), ficando a escala final com 14 itens com elevada consistência interna com um alfa de 0,815 e com 75,523% do total da variância explicada.

Os valores da pontuação oscilam entre o mínimo de 14 e o máximo de 70 pontos.

Após tratamento estatístico destacaram-se cinco sub-escalas reconhecidas por:

➤ *Satisfação* – com 3 itens (5,6,13), e apresentava um alfa de Cronbach de ,844, e de que é exemplo “a minha experiência de parto foi maravilhosa não podia ser melhor”.

➤ *Conhecimento* – com 3 itens (16,17,18), e apresentava um alfa de Cronbach de ,786, e de que é exemplo “durante a gravidez adquiri conhecimentos sobre os cuidados a ter com o bebé”.

➤ *Controlo de si e dos acontecimentos* – com 3 itens, (20,24,25), e apresentava um alfa de Cronbach de ,765, e de que é exemplo “Consegui-me controlar e perceber todo o decurso do trabalho de parto”.

➤ *Auto-eficácia* – com 3 itens (5,6,16), e apresentava um alfa de Cronbach de ,734, e de que é exemplo “Considero que o meu desempenho durante o parto foi o mais adequado”.

➤ *Coping* – com 2 itens (7,9), e apresentava um alfa de Cronbach de ,767 , e de que é exemplo “Usei técnicas de relaxamento que me ajudaram a sentir melhor”.

As categorias mencionadas, são acompanhadas por uma escala do tipo verbal (absolutamente falso, falso; Indiferente, verdadeiro, absolutamente verdadeiro)

Ao construirmos este questionário considerámos as categorias acima mencionadas atribuindo-lhe o seguinte significado:

- *Satisfação* – apreço sentido pela sua experiência e desempenho.

- *Conhecimento* – conhecimento é aquilo que se admite a partir da captação sensitiva sendo assim acumulável a mente humana. Ou seja, é aquilo que o homem absorve de alguma maneira, através de informações que de alguma forma lhe são apresentadas, para um determinado fim ou não.

- *Controlo de si e dos acontecimentos* – controlo percebido perante as situações de stresse.

- *Auto-eficácia* – pertence à classe de expectativas ligadas ao self. Refere-se às percepções pessoais relativas à competência, capacidades e meios para realizar uma acção específica necessária à obtenção de um resultado determinado.

- *Coping* – formas de lidar com situações de dano, e desafio.

Gil (1988: 91), diz-nos ainda que a elaboração de um questionário “consiste basicamente em traduzir os objectivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos”. Como tal passamos à realização do pré-teste.

## **Pré-Teste**

O objectivo do pré-teste de um instrumento de recolha de dados é “assegurar-lhe validade e precisão”. Gil (1989: 133)

A sua aplicação visa averiguar se as perguntas são bem compreendidas e, que as respostas corresponderão de facto às informações procuradas. Sendo assim, a finalidade do pré-teste e de acordo com Gil (1989: 132) é evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, tais como: complexidade das questões, constrangimentos do informante, exaustão, etc.”.

O pré-teste foi aplicado a 4 puérperas. Estas 4 puérperas, apresentam características semelhantes às do grupo do nosso estudo. Na escolha da população para aplicarmos o pré-teste, tivemos por base Marconé e Lakatos (1990: 90) que nos diz que o pré-teste “deve ser aplicado em populações com características semelhantes, mas nunca naquela que será alvo de estudo”.

Pretendemos assim avaliar a clareza dos termos e a compreensão das questões e prever a duração média de preenchimento de cada questionário.

Pela aplicação do pré-teste não foi detectada qualquer falha, pelo que passámos à recolha de dados.

## **6.4 – PROCEDIMENTOS**

O primeiro passo dado no sentido de concretização deste estudo, foi a escolha e elaboração das escalas que consideramos adequadas à medição das variáveis em estudo, bem como a testagem inicial dos instrumentos construídos, de forma a identificar eventuais dificuldades de preenchimento e/ou compreensão dos mesmos, após o que pudéssemos passar à recolha de dados, propriamente dita. Seguindo-se o contacto com as diversas instituições (anexo 4) no sentido de obter as devidas autorizações para recolha dos dados necessários.

Foram contactados os seguintes hospitais que aceitaram colaborar:

- Centro Hospitalar do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes – Serviço de Obstetrícia
- Hospital do Espírito Santo de Évora – Serviço de Obstetrícia
- Hospital Garcia de Orta – serviço de Puérperas.

Foram tidos em conta os princípios de carácter éticos e formais inerentes à realização de trabalhos no âmbito da investigação, dos quais salientamos:

- Solicitação de autorização para a recolha de dados, aos centros hospitalares supracitados, sob a forma de requerimento, informando sobre o tipo de estudo e respectivos objectivos.
- Disponibilizar os dados obtidos às instituições referidas.
- Respeitar o anonimato dos participantes
- Expor e clarificar os objectivos e âmbito do estudo
- Confidencialidade e consentimento na utilização da informação obtida.

Obtidas as devidas autorizações, procedeu-se à recolha dos dados, que decorreu de Maio a Agosto de 2006.

A cada grávida foi solicitada a colaboração em regime voluntário, dando primeiro a conhecer os objectivos do estudo e garantindo a confidencialidade das informações prestadas. Procurando reduzir os riscos de enviezamento inerentes a eventuais dificuldades na interpretação das questões.

O tempo médio para a administração do questionário foi de 30 minutos, com variações resultantes da maior ou menor facilidade de compreensão dos itens decorrente do nível educacional das mães.



## 7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Foi efectuado através do recurso ao SPSS 12.0 (*Statistical Package for Social Science* – versão 12.0) para o tratamento estatístico dos dados colhidos nos questionários/Escalas.

Procedemos à codificação das respostas para permitir a sua introdução no programa SPSS *for Windows* (por forma a criar uma base de dados), após o que se realizou a análise estatística dos mesmos. Foi efectuado através do recurso ao SPSS 12.0 (*Statistical Package for Social Science* – versão 12.0) para o tratamento estatístico dos dados colhidos nos questionários/Escalas.

Foi necessário escolher qual o tratamento estatístico que iríamos utilizar. Através da pesquisa bibliográfica efectuada, verificámos que nem sempre havia consenso sobre o tipo de estatística a utilizar. Ribeiro (1999) refere que as escalas de medida ordinal não devem ser tratadas em termos estatísticos com estatística paramétrica e que a escala de Likert produz uma escala ordinal que deve ser tratada com estatística não paramétrica. Por sua vez, Fortin (1999:258) diz-nos que “*se bem que os valores obtidos na escala de Likert sejam de nível ordinal, o score total é geralmente considerado como um dado de intervalos permitindo o recurso a uma maior gama de análises estatísticas*”. Diz-nos também Fortin (1999:254) que “*a finalidade das escalas psicossociais consiste em transformar as características qualitativas em variáveis quantitativas, de modo que possam ser utilizadas análises estatísticas para as avaliar*”.

Desta forma, optámos por analisar cada uma das variáveis dependentes como uma escala de intervalos, uma vez que o seu resultado é obtido através de um score.

Foi feita a análise descritiva univariada para o estudo de cada uma das variáveis dependentes e a análise bivariada quando se pretendeu fazer comparações entre os vários grupos. Como temos uma variável independente dicotómica e outra ordinal, consideramos pertinente utilizar o teste não paramétrico de Mann-Whitney, de forma a detectar possíveis diferenças estatisticamente significativas, entre as duas sub-amostras.

De acordo com Ribeiro (1999:60), “muitos autores defendem, que na presença de medidas ordinais de boa qualidade, chega-se aos mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica.” No entanto o autor citado aconselha testes como o Teste de Mann-Whitney ou o de Kolmogorof-smirnov para a comparação de médias de variáveis ordinais, procedemos então ao cálculo dos mesmos.

Após estes procedimentos, obtivemos então, os resultados apresentados na secção seguinte, a cuja discussão passaremos posteriormente.

Os gráficos e algumas tabelas resultam dos outputs do programa SPSS 12 para Windows. As restantes tabelas foram criadas no programa de processamento de texto Word Xp Professional.

## 8 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após termos dado a conhecer o referencial teórico do nosso trabalho, assim como os procedimentos metodológicos que lhe serviram como linha orientadora, passamos à apresentação e análise dos resultados.

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização da amostra na globalidade, procedendo-se ao estudo comparativo dos dois grupos.

### 8.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO INQUIRIDA

#### Hospital onde ocorreu o parto

Relativamente ao local onde ocorreu o parto, cerca de 52,5% das inquiridas, o parto ocorreu no Hospital de Beja, pelo facto de ser o local mais acessível, o que confirma a amostra de conveniência.

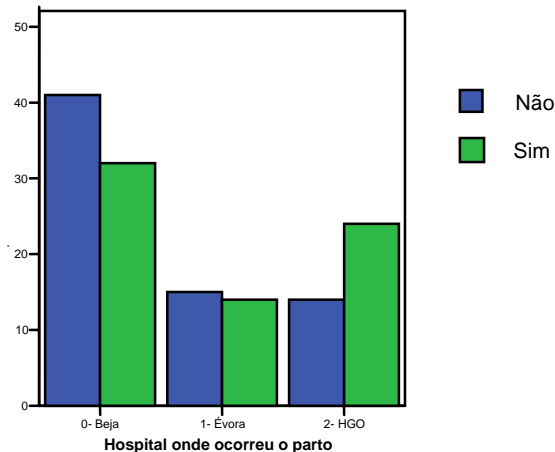
**Tabela 1**

Hospital onde ocorreu o parto

Hospital onde ocorreu o parto	Frequência	Percentagem
Beja	74	52,5%
Évora	28	20,6%
HGO	38	27,0%
Total	140	100,0%

**Gráfico 1**

Distribuição do nº de partos por local de ocorrência / frequência de preparação para o parto



Da análise do gráfico 1 podemos constatar que a distribuição da amostra por local é diferente o que se deve ao facto de se tratar de uma amostra ocasional, por conveniência.

No entanto este gráfico mostra-nos que no grupo de mulheres cujo parto ocorreu no Hospital Garcia de Orta verificou-se uma maior adesão à preparação para o parto.

### **Distribuição das inquiridas por Grupo etário**

A idade das participantes varia entre o grupo etário dos 13-18 anos até aos 43 anos de idade, a média situa-se no grupo dos 25 aos 30 anos.

Como pode ver-se no Quadro 2, a faixa etária entre os 25 e 30 anos é a que tem mais casos (38,6%) e um número elevado de grávidas têm entre 31 e 36 anos de idade (27,9%).

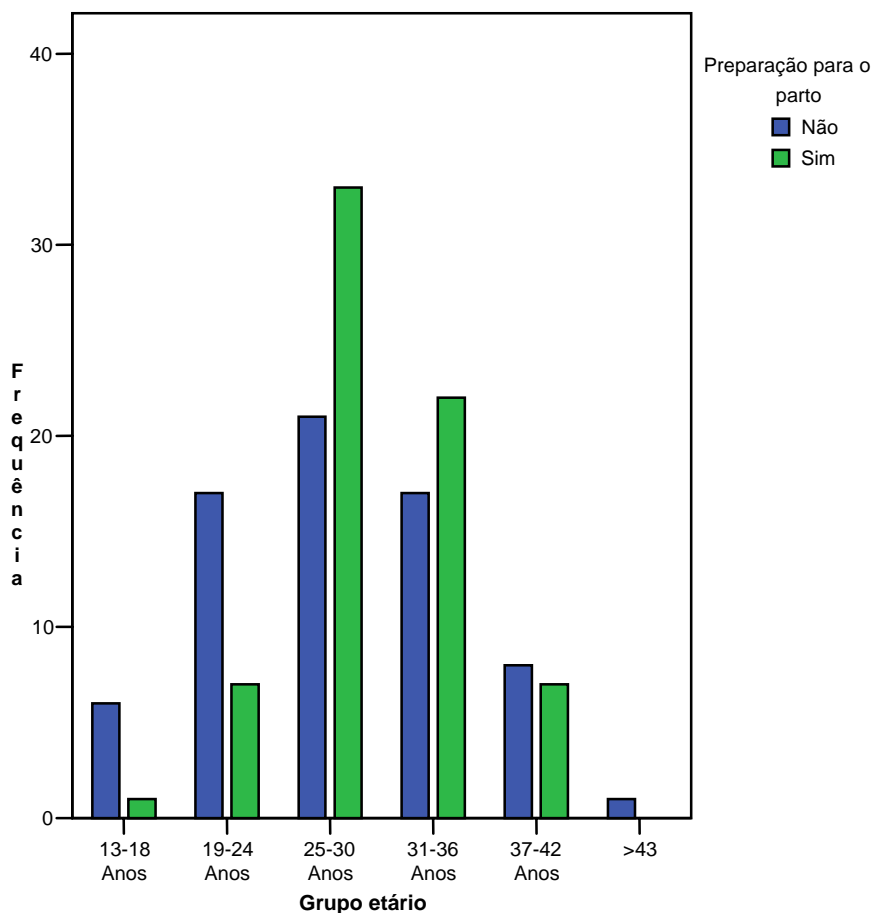
**Tabela 2**

**Distribuição das inquiridas por Grupo etário**

Grupo etário	Frequência	Percentagem
13-18 Anos	7	5,0
19-24 Anos	24	17,1
25-30 Anos	54	38,6
31-36 Anos	39	27,9
37-42 Anos	15	10,7
>43	1	,7
Total	140	100,0

Da análise do gráfico I podemos constatar que quanto ao grupo etário a moda é o grupo etário dos 25 aos 30 anos com 38,6% do total das inquiridas, seguido do grupo dos 31-36 anos com 27,9% e também são estes grupos etários que mais frequentam a preparação para o parto.

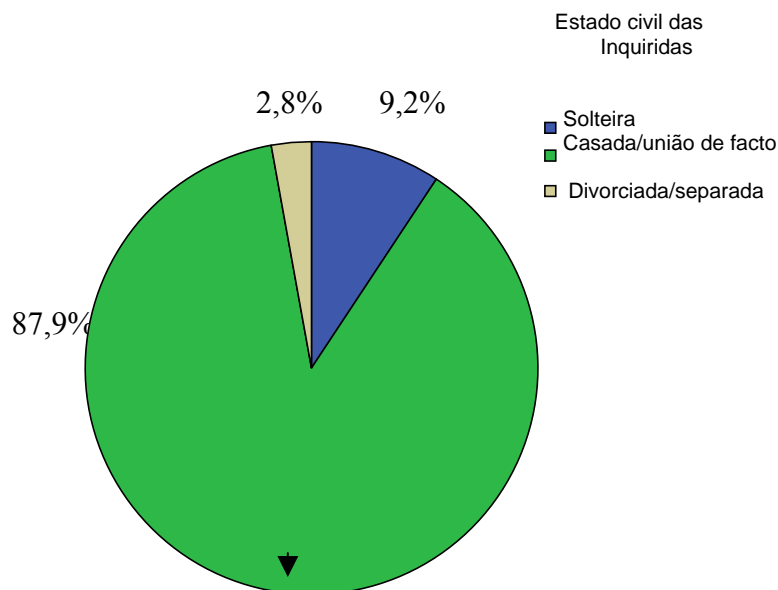
**Gráfico 2**  
Grupo etário/ preparação para o parto



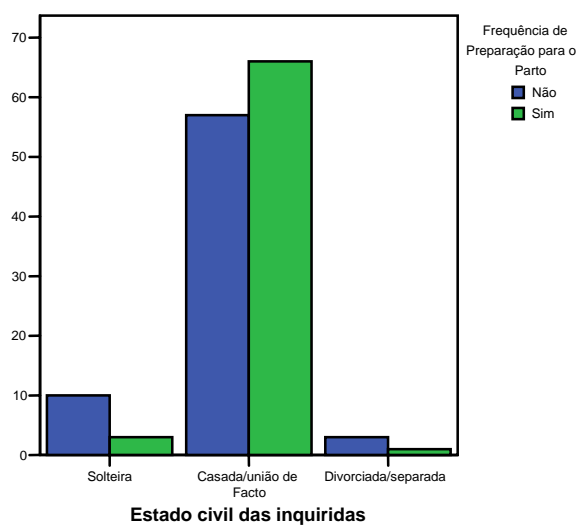
**Estado civil das inquiridas**

A maioria das grávidas é casada ou vive em regime de coabitação (87,9%), uma reduzida percentagem é divorciada ou separada (2,9%) e as solteiras registam uma percentagem de 9,3%.

**Gráfico 3**  
Estado civil das inquiridas



**Gráfico 4**  
Estado civil das inquiridas / frequência de preparação para o parto



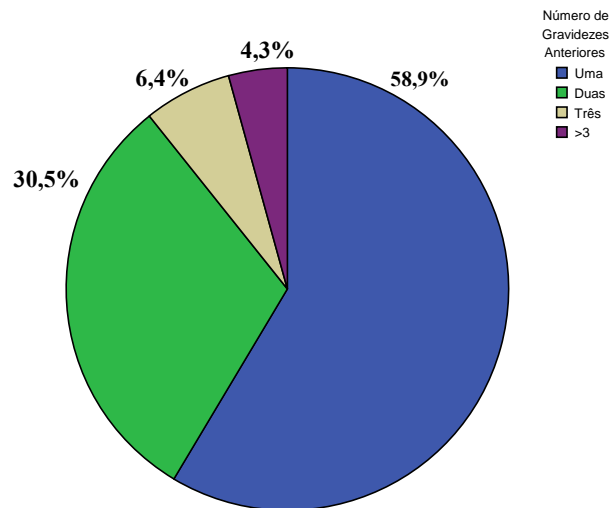
Da análise do gráfico 3, podemos constatar que a maioria das grávidas é casada ou vive em regime de coabitação, e é neste grupo que se verifica uma maior frequência de preparação para o parto (gráfico 4).

### Número de gravidezes e número de filhos

Quanto ao número de gravidezes em 58,5% das inquiridas, tratou-se da primeira gravidez, portanto tem um filho.

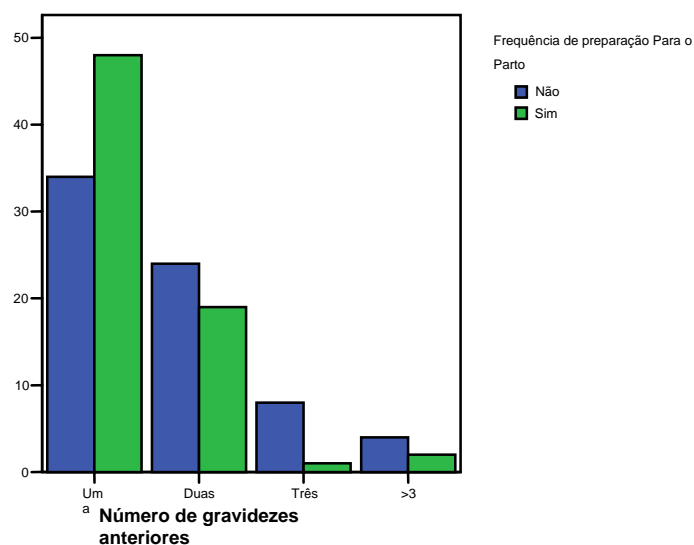
**Gráfico 5**

Distribuição do número de gravidezes



**Gráfico 6**

Número de gravidezes/ frequência de preparação para o parto



Da análise do presente gráfico 6, podemos constatar que a maioria das inquiridas tiveram apenas uma gravidez, e são estas que mais frequentam a preparação para o parto.

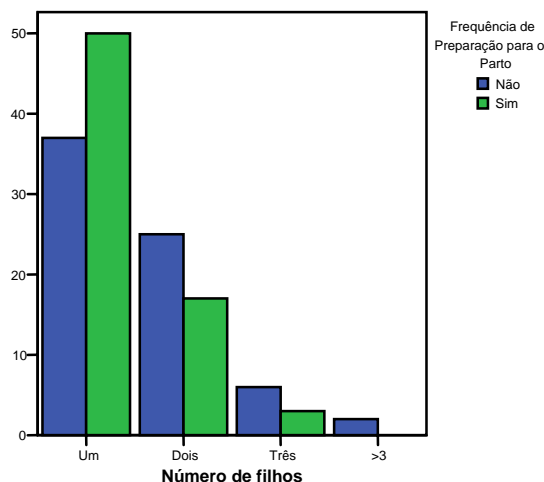
Quanto ao número de filhos, a maioria das participantes é primípara (58,6%); há, no entanto, um número significativo de mulheres com gravidezes anteriores à actual (30,7%). O número de filhos varia essencialmente entre 1 e 3, sendo que 62,1% da amostra tem apenas um filho, e apenas 2 inquiridas referem ter mais de três filhos.

**Tabela 3**  
Número de filhos

Número de filhos	Frequência	Percentagem
Um	88	62,4
Dois	42	29,8
Três	9	6,4
> 3	2	1,4
Total	141	100,0

Da análise da tabela 3, constata-se que existe diferença entre a percentagem de mulheres que referem tratar-se da primeira gravidez (58,5%) e das que tem um filho (62,4%), podemos concluir assim que 3,9% destas tiveram um aborto.

**Gráfico 7**  
Relação entre número de  
filhos / frequência de  
preparação



A maioria das inquiridas tem apenas um filho, e são estas que mais frequentam a preparação para o parto.

#### **Escolaridade das inquiridas**

Tendo em conta que foi critério de selecção saber ler e escrever, só três grávidas se situam no limiar mínimo de escolaridade, sendo a moda o ensino secundário (55%), seguindo-se a Licenciatura (29,3%).

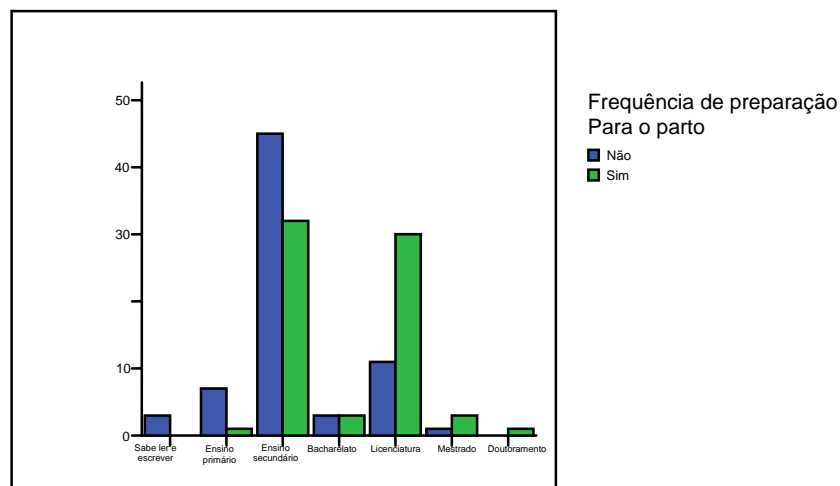


**Tabela 4**  
Escolaridade das inquiridas

Escolaridade das inquiridas	Frequência	Percentagem
Sabe ler e escrever	3	2,1
Ensino primário	8	5,7
Ensino secundário	77	55,0
Bacharelato	6	4,3
Licenciatura	41	29,3
Mestrado	4	2,9
Doutoramento	1	,7
Total	140	100,0

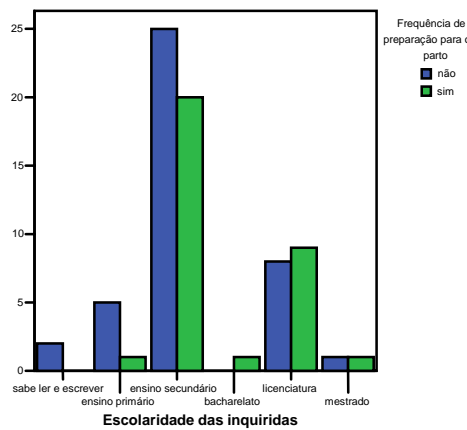
A tabela 4, mostra-nos que a nossa amostra possui maioritariamente o ensino secundário (55%), seguido de licenciatura (29,3%).

**Gráfico 8**  
Escolaridade das inquiridas / frequência  
preparação

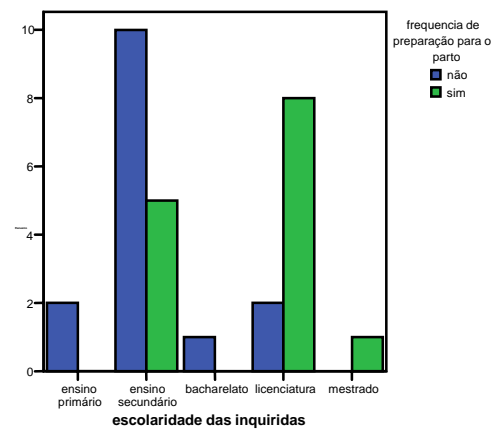


Pela análise do gráfico 8 podemos constatar que são as inquiridas com maiores habilitações literárias que mais frequentam a preparação para o parto.

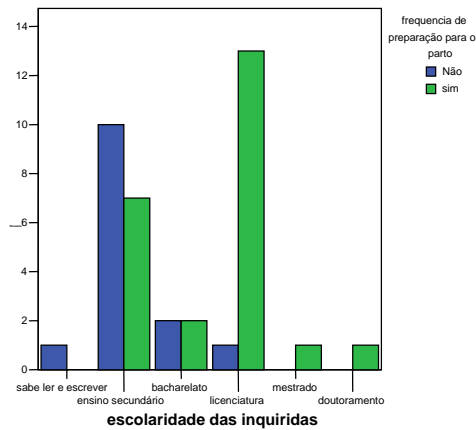
**Gráfico 9**  
hospital onde ocorreu o parto=0- Beja



**Gráfico 10**  
hospital onde ocorreu o parto=1- Évora



**Gráfico 11**  
Hospital onde ocorreu o parto=2- HGO



Pela análise dos gráficos 9,10 e 11 constata-se que independentemente do local de parto escolhido, são as inquiridas com licenciatura que mais frequentam a preparação para o parto, no entanto esta diferença é mais significativa em Almada .

### Actividade profissional/ocupação

No momento da realização do estudo, a maioria das mulheres (90,7%) está empregada, são maioritariamente funcionárias administrativas (20%), comerciantes (16,4%) e professoras (14,3%).

**Tabela 5**

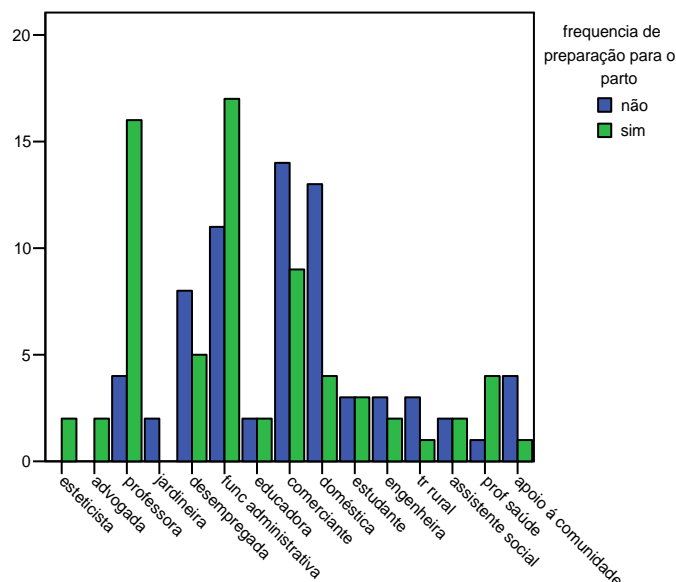
Actividade profissional/ocupação

Actividade profissional/ocupação	Frequência	Percentagem
Esteticista	2	1,4
Advogada	2	1,4
Professora	20	14,3
Jardineira	2	1,4
Desempregada	13	9,3
Func administrativa	28	20,0
Educadora	4	2,9
Comerciante	23	16,4
Doméstica	17	12,1
Estudante	6	4,3
Engenheira	5	3,6
Tr. rural	4	2,9
Assistente social	4	2,9
Prof. saúde	5	3,6
Apoio à comunidade	5	3,6
Total	140	100,0

Através da correlação entre a actividade profissional, podemos constatar através do gráfico 12, que são as professoras e funcionárias administrativas, quem mais frequenta preparação para o parto.

**Gráfico 12**

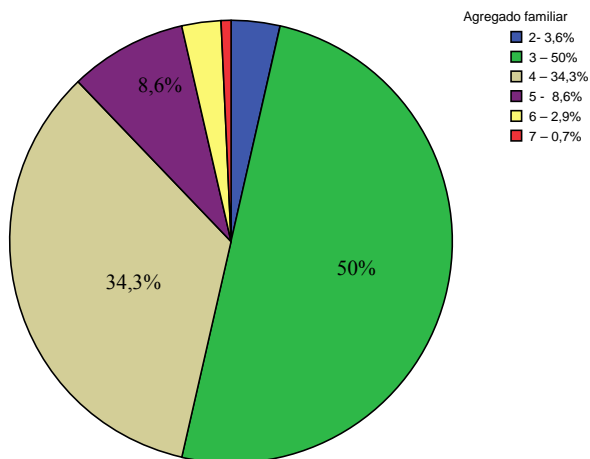
Actividade profissional / ocupação e frequência de preparação



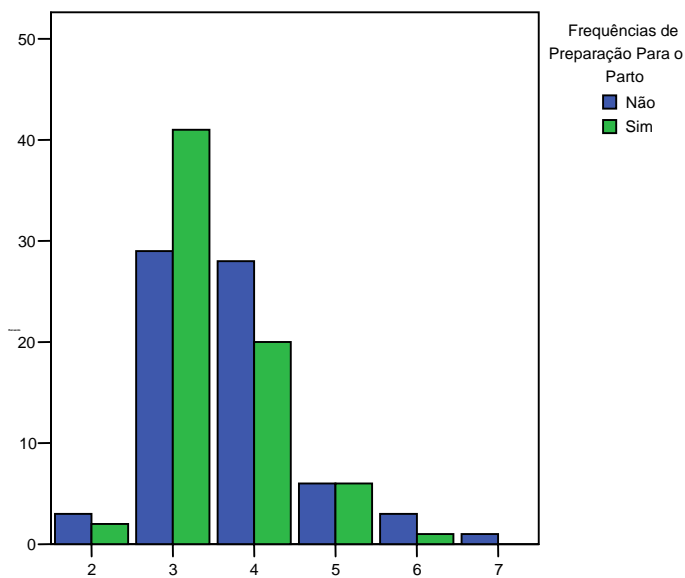
### **Agregado familiar**

Pela análise do gráfico 13 o número de pessoas do agregado familiar varia entre duas e sete, sendo mais frequentes os agregados familiares com três (50,0%) ou quatro pessoas (34,3%). O que poderemos concluir que se trata essencialmente de famílias nucleares.

**Gráfico 13**  
Constituição do Agregado familiar



**Gráfico 14**  
Constituição do agregado familiar/frequência preparação parto



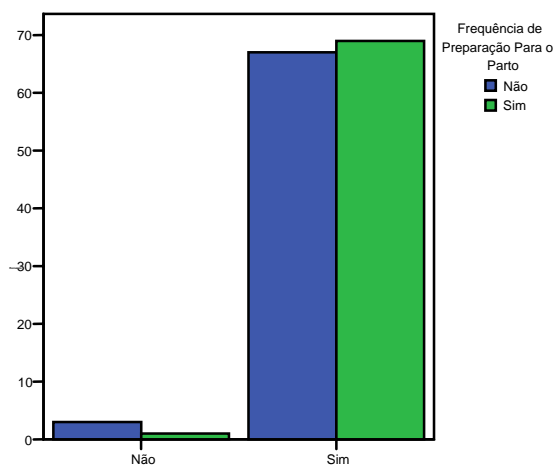
Pela análise deste gráfico confirmamos o que já tínhamos observado anteriormente ou seja, que foi na primeira gravidez que mais frequentaram preparação para o parto.

**Tabela 6**  
**Agregados familiares englobando o pai do bebe**

Vive com o pai do bebe	Frequência	Percentagem
Não	4	2,9
Sim	136	97,1
Total	140	100,0

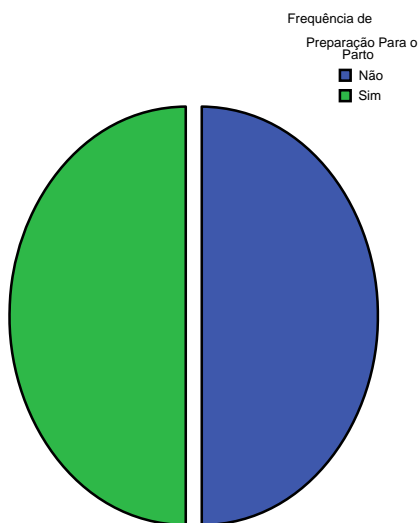
Da análise deste quadro podemos concluir que (97,1%) dos agregados familiares incluem o pai do bebé.

**Gráfico 15**  
**Vive com o pai do bebé/ frequência de preparação para o parto**



Na análise do gráfico nº16 podemos inferir que é no grupo de inquiridas que coabitam com os pais dos bebés que se verifica uma maior adesão à preparação para o parto

**Gráfico 16**  
**Frequência de preparação para o parto**



Por se tratar de um estudo comparativo houve a preocupação de conseguir número igual de participantes em cada grupo, assim a amostra é constituída por 70 mulheres que frequentaram cursos de preparação para o parto e igual número que não frequentaram.

## MATERNIDADE E MOTIVAÇÃO PARA A PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Relativamente aos factores que as levaram a frequentar ou não programas de preparação para o parto, após a análise do conteúdo das perguntas abertas foram constituídas categorias e calculadas a frequência e respectiva percentagem das mesmas.

Quando inquiridas sobre os factores que as levaram a frequentar programas de preparação para o parto, a moda foi a necessidade sentida de obter mais informação relativamente à gravidez, parto, pós parto e cuidados com o recém-nascido.

Construímos então a nossa grelha de análise das perguntas abertas do inquérito por questionário, onde agrupamos as unidades de registo por categorias e subcategorias, que passaremos a explicar. A fim de facilitar a leitura dos resultados, apresentamos um quadro para cada uma das categorias.

**Tabela 7**

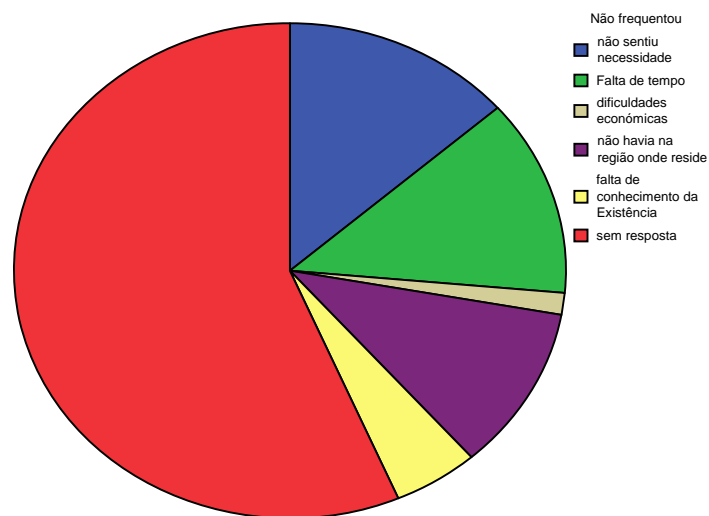
Motivação para a frequência de preparação para o parto

Motivo que a levou frequentar	Frequência	Percentagem
Havia no centro de saúde	1	, 7
Queria mais informação	58	41,4
Tudo era novo	6	4,3
Fui aconselhada pelos profissionais de saúde	5	3,6
Medo do parto	1	, 7
Não respondeu	69	49,3
Total	140	100,0

Pela observação da tabela 7, constatamos que a maioria das inquiridas (49,3%), não respondeu a esta questão, e das que responderam refere como motivo de frequência de preparação para o parto, a necessidade de maior informação sobre os procedimentos a ter, tais como os posicionamentos a optar, a respiração e o relaxamento, a calma e a tranquilidade.

**Gráfico 17**

Motivo da não frequência de preparação para o parto



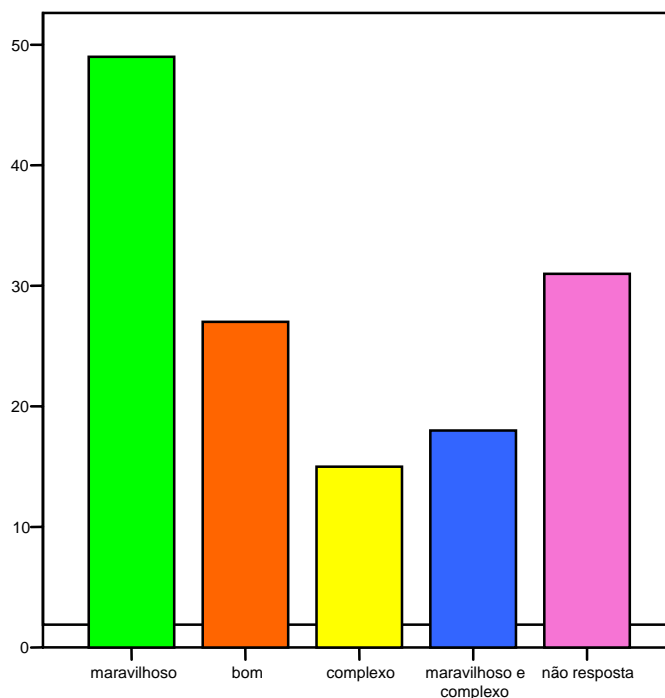
Quanto aos factores que influenciaram a decisão de não frequentar preparação para o parto, foi essencialmente o facto de não sentir necessidade, falta de tempo e não existir na região da residência.

**CONCEPÇÃO DE MATERNIDADE**

Quando inquiridas sobre a opinião relativamente ao processo de maternidade, maioritariamente responderam que é maravilhoso, seguido de bom, outras referindo que apesar de maravilhoso é muito complexo (Gráfico 18). De uma forma geral existe consenso que é uma experiência indescritível, única na vida de uma mulher, e que independentemente do nº de filhos é sempre uma experiência maravilhosa.

**Gráfico 18**

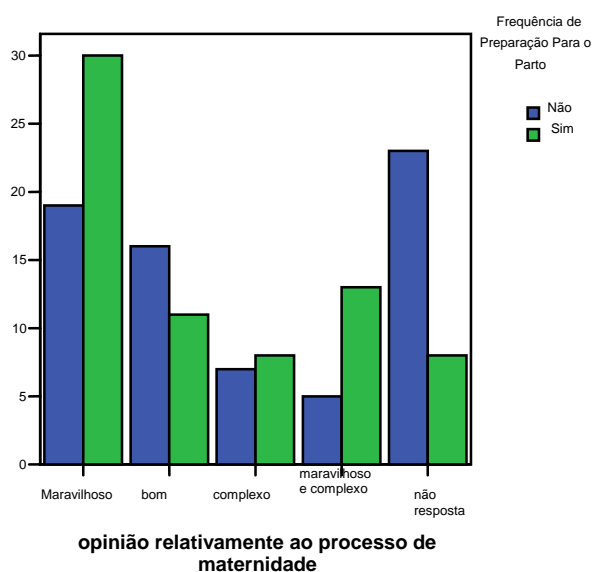
Opinião das inquiridas sobre o processo de maternidade



Através da análise do gráfico 19, seguinte podemos verificar que as mulheres que não frequentaram preparação para o parto, maioritariamente não respondem a esta questão. Das inquiridas que responderam classificam o processo de maternidade de maravilhoso, e complexo.

**Gráfico 19**

Frequência de preparação para o parto \* opinião relativamente ao processo de maternidade





## 8.2 - PERCEPÇÃO DE SAÚDE GERAL

A percepção de saúde Geral foi avaliada através do *Questionário De Saúde Geral* (Goldberg, 1978) *Versão Portuguesa*, Faria, 1999.

O Questionário de Saúde Geral (v.12 itens) foi adaptado por Faria (1999) no âmbito da sua tese de doutoramento.

O G.H.Q. avalia a percepção que o indivíduo apresenta da sua saúde de um modo geral, face aos acontecimentos de vida recentes, e tem sido aplicado a populações de adultos.

Este questionário é composto por 12 itens de auto-relato que medem a frequência com que determinadas situações ocorreram durante a última semana, segundo uma escala de tipo 'Likert' que varia entre 1 ('Absolutamente verdadeiro'), 2 ('verdadeiro'), 3 ('Indiferente'), 4 ('Falso') e 5 ('Absolutamente Falso'). Todos os itens são cotados entre 1 e 5, embora os itens 1,3,4,7,8 e 12 tenham uma formulação invertida, pelo que é dada uma pontuação de 1 quando é assinalada a resposta 'Absolutamente Falso' e 5 para a resposta 'Absolutamente verdadeiro'. Os valores da pontuação oscilam entre o mínimo de 12 e o máximo de 60 pontos.

No estudo desenvolvido por Faria em 1997 e 1998, relativamente à consistência interna foi encontrado um *alfa* de Cronbach para o total do questionário de .83

Nesta população, o estudo psicométrico certifica a fidelidade do questionário, com elevados índices de consistência interna, para um Alpha de Cronbach de .818.

### Análise descritiva

**Tabela 8**  
**Análise descritiva do questionário**  
**de Percepção de Saúde geral**

Média	34,2929
Erro típ. da media	,32544
Mediana	35,0000
Moda	36,00
Desvio. padrão	3,85062
Variância	14,827
Assimetria	-,603
Erro típ. de assimetria	,205
Curtose	,531
Erro típ. de curtose	,407
Amplitude	20,00
Mínimo	23,00
Máximo	43,00

Em termos de análise descritiva podemos constatar que a média das respostas das inquiridas no QSG foi de 34,2, a mediana de 35 e a moda 36, o mínimo foi de 23 e o máximo de 43.

### Estudo dos itens

**Tabela 9**  
**Análise descritiva dos itens do questionário**  
**de Percepção de Saúde geral**

item	Média	Desvio padrão
1	3,71	,924
2	2,72	1,145
3	3,97	,848
4	4,06	,815
5	3,21	1,135
6	3,66	,896
7	3,76	,845
8	3,75	,858
9	3,45	1,034
10	3,84	,998
11	4,14	,923
12	4,19	,870

**Tabela 10**  
**Variâncias dos elementos do questionário de saúde geral**

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo/mínimo	Variância
Médias dos elementos	3,705	2,721	4,186	1,464	1,538	,175
Variância dos elementos	,897	,665	1,310	,645	1,971	,049

Na população em estudo a média dos elementos é 3,71, cujo mínimo é 2,72

E o máximo de 4,2, com uma amplitude 1,46.

**Dados psicométricos**

**Fiabilidade interna do questionário**

Assim e como refere Hill & Hill (2002:148) “ é muito importante dar atenção à fiabilidade de um questionário construído para medir uma variável latente porque não vale a pena tirar conclusões a partir de uma medida que não tem fiabilidade adequada”

**Tabela 11**  
**Consistência interna do questionário**  
**de Percepção de Saúde geral**

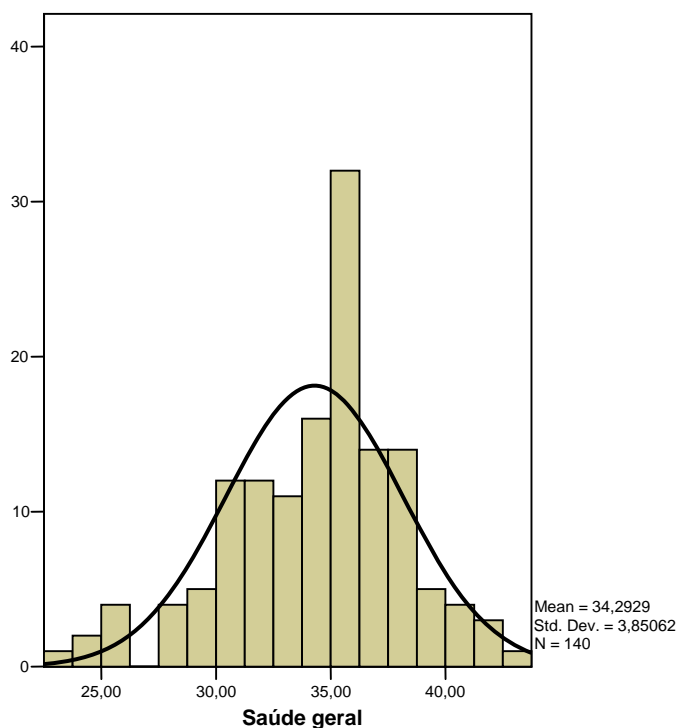
Consistência interna	
Coeficiente de Cronbach	,818
Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	,826
Coeficiente de Spearman-Brown	,794
Coeficiente de Guttman	,792

Considerando que consistência é tanto maior quanto mais próximos de 1; a partir do valor 0,8 a consistência interna é considerada muito boa.

A nossa primeira hipótese diz que as mulheres que frequentam preparação para o parto têm maior percepção de saúde Geral.

Começamos por analisar a variável percepção de saúde geral e verificámos que se trata de uma distribuição simétrica.

**Gráfico 20**  
**Distribuição da percepção de saúde geral das inquiridas**



Pela análise do gráfico podemos constatar que as respostas em média se situam entre o 23 e o 43, mas é entre 32 e 38 que se situam a maioria das inquiridas.

Considerando que no QSG a pontuação oscila entre o mínimo de 12 e o máximo de 60, e de acordo com Faria (1999) que nos diz que a interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior a saúde geral percebida pelo indivíduo, podemos assim concluir que a população em estudo tem uma percepção de saúde positiva. Em termos de análise descritiva, a média das respostas das inquiridas no QSG foi de 34,2, com um desvio padrão de 3,85. A mediana de 35 e a moda 36. o valor mínimo observado foi de 23 e o máximo de 43.

**Estudo comparativo da percepção saúde geral nos dois subgrupos – com preparação/sem preparação para o parto**

A análise das médias mostra pequenas variações nos valores de percepção de saúde geral nos dois grupos. As mulheres que frequentaram programas de preparação, apresentam a média ligeiramente inferior (34,2) à média das mulheres que não frequentaram preparação para o parto (34,4).

**Tabela 12**

**Percepção de Saúde geral avaliada através do QSG em relação à amostra total e aos grupos de mulheres com frequência de preparação para o parto e mulheres sem frequência de preparação para o parto**

	<b>Amostra total (N=140)</b>	<b>Mulheres <u>com</u> frequência de preparação para o parto (N=70)</b>	<b>Mulheres <u>sem</u> frequência de preparação para o parto (N=70)</b>
Media	34,29	34,19	34,40
Erro amostral	,325	,435	,487
Mediana	35,00	35,00	34,00
Moda	36,00	36,00	36,00
Desvio. padrão	3,85	3,637	4,077
Variância	14,83	13,23	16,62
Assimetria	-,603	-,664	-,585
Curtose	,531	-,223	1,05
Amplitude	20,00	15,00	20,00
Mínimo	23,00	25,00	23,00
Máximo	43,00	40,00	43,00

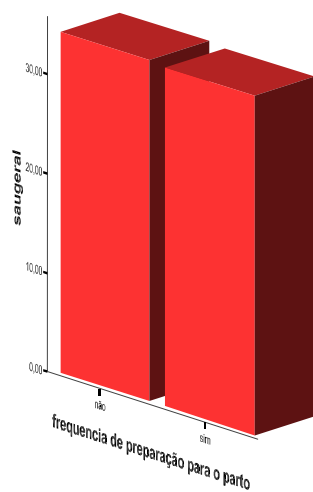
**Tabela 13**

**Relação entre a percepção de saúde geral e frequência de preparação para o parto**

		<b>Frequência de preparação para o parto</b>		<b>Total</b>
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	
Saúde geral	23,00	1	0	1
	24,00	2	0	2
	25,00	1	2	3
	26,00	0	1	1
	28,00	2	2	4
	29,00	1	4	5
	30,00	1	3	4
	31,00	4	4	8
	32,00	5	7	12
	33,00	7	4	11
	34,00	12	4	16
	35,00	6	7	13
	36,00	10	9	19
	37,00	3	11	14
	38,00	7	7	14
	39,00	2	3	5
	40,00	2	2	4
	42,00	3	0	3
	43,00	1	0	1
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>70</b>	<b>140</b>

Pela análise da tabela 13, podemos constatar que no grupo que fez preparação existe uma maior homogeneidade nas respostas, a amplitude é menor ou seja o mínimo é 25 e o máximo é 40.

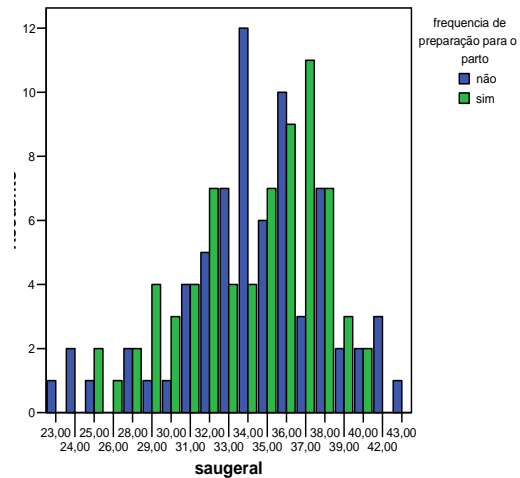
**Gráfico 21**



**Gráfico 22**

Relação média de percepção de saúde geral/  
Frequência de Preparação para o parto

Bars show Means

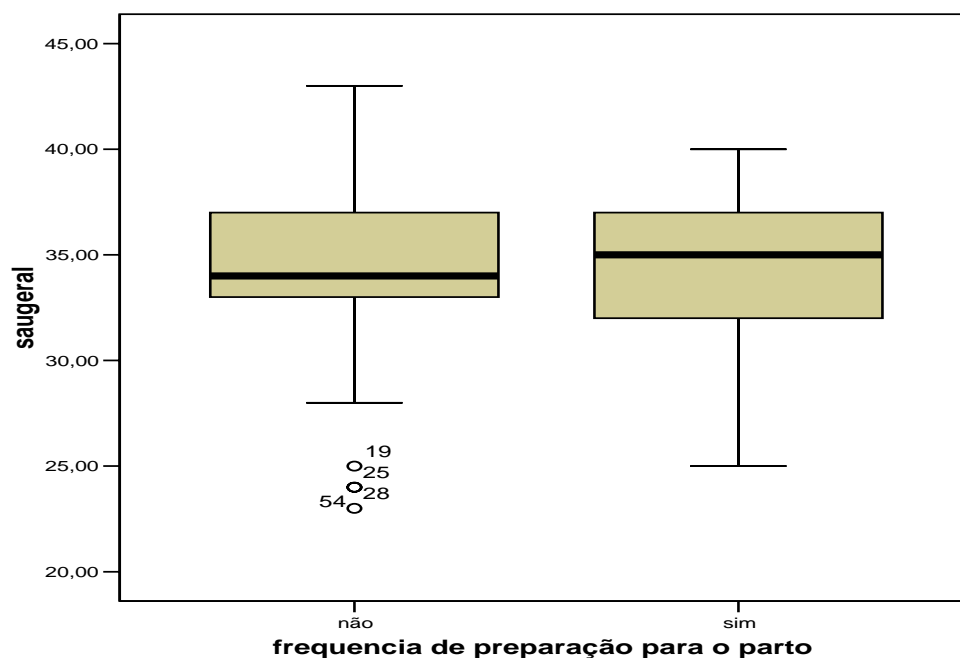


Pela análise dos gráficos anteriores podemos constatar que não existem diferenças significativas nos dois grupos em termos de saúde geral, pois as médias de ambos os grupos são muito semelhantes, bem como desvio padrão.

Para que possamos aplicar o teste de Mann-Whitney, segundo Pestana e Gageiro temos de verificar a igualdade das duas distribuições através das caixas de bigodes, teste de igualdade de variâncias e ao estudo das simetrias.

**Gráfico 23**

Caixa de bigodes – igualdade de distribuição do questionário de saúde geral



As caixas de bigodes representadas mostram que as distribuições têm a mesma forma, diferindo no entanto em tendência central.

O teste para a igualdade das variâncias representado no quadro seguinte mostra que a dispersão dos dois grupos é igual, pois o nível de significância do teste é .924, valor superior a 0,05.

**Tabela 14**

Teste de homogeneidade da variância do questionário de saúde geral

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Saúde geral	,009	1	138	,924

**Tabela 15**

**Análise Descritiva das sub-amostras relativamente ao questionário de saúde geral**

Frequência de preparação para o parto	Saúde geral		erro
Não	Media	34,4000	,48727
	Mediana	34,0000	
	Variância	16,620	
	Desvio padrão	4,07680	
	Mínimo	23,00	
	Máximo	43,00	
	Assimetria	-,585	,287
	Curtose	1,050	
Sim	Media	34,1857	,43467
	Mediana	35,0000	
	Variância	13,226	
	Desvio padrão	3,63674	
	Mínimo	25,00	
	Máximo	40,00	
	Assimetria	-,664	,287
	Curtose	-,223	

Observando as estatísticas descritivas constata-se que a assimetria é negativa em ambos os grupos.

Podemos então testar a nossa hipótese 1 através do teste de não paramétrico de Mann-Whitney.

H0: as duas populações possuem igual percepção de saúde geral.

H1: as duas populações não possuem igual percepção de saúde Geral.

**Tabela 16**

Teste de Mann-Whitney do questionário de saúde geral

	Saúde Geral
U de Mann-Whitney	2426,000
W de Wilcoxon	4911,000
Z	-,100
Sig. assintót. (bilateral)	,920

Os resultados apresentados no quadro mostram o nível de significância do teste de Mann-Whitney (0,920), como apresenta um valor superior a 0,05, leva a que não possamos rejeitar H0, e a concluir que as Puérperas possuem igual percepção de saúde geral independentemente da frequência ou não de programas de preparação para o parto.



### 8.3 - ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

Estas dimensões foram estudadas através da aplicação da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EASD) de 21 Itens de Lovinbond e Lovinbond – Adaptação portuguesa de José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado, & Isabel Leal*.

A fidelidade do questionário, apresenta elevados índices de consistência interna, com um Alpha de Cronbach de .909.

A consistência interna das sub-escalas, são respectivamente os seguintes: .744 para a sub-escala ‘depressão’; .771 para a sub-escala ‘Ansiedade’; .857 para a sub-escala ‘Stresse’.

De acordo com os autores, os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

**Tabela 17**

**Ansiedade, Depressão e Stress avaliados através do EADS em relação à amostra total e aos grupos de mulheres com frequência de preparação para o parto e mulheres sem frequência de preparação para o parto**

	Amostra total (N=140)			Mulheres <u>com</u> frequência de preparação para o parto (N=70)			Mulheres <u>sem</u> frequência de preparação para o parto (N=70)		
	Depressão	Ansiedade	Stress	Depressão	Ansiedade	Stress	Depressão	Ansiedade	Stress
Media	2,136	4,4643	6,786	1,857	3,742	6,485	2,414	5,185	7,086
Desvio. Padrão	2,609	3,675	4,259	2,875	3,326	4,142	2,299	3,883	4,382
Variância	6,809	13,502	18,141	8,269	11,063	17,152	5,290	15,081	19,210
Assimetria	2,568	1,070	,912	3,230	1,300	,719	1,563	,884	1,080
Curtose	9,099	,626	,630	12,330	1,649	,560	3,686	,072	,661
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Máximo	16	16	19	16	14	18	12	16	19

Através da análise do quadro anterior, e tendo por base que os autores referem que as notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos, constata-se que as mulheres que não frequentaram preparação que apresentam um valor mais elevado em todas as sub-escalas, portanto um estado afectivo mais negativo. Enquanto as mulheres que frequentaram preparação para o parto apresentaram scores mais baixos, portanto apresentam estados afectivos mais positivos.

No início do trabalho definimos as hipóteses que pretendemos testar através do teste de Mann-Whitney, mas segundo Pestana e Gageiro, para tal, temos de verificar a igualdade das duas distribuições através das caixas de bigodes, teste de igualdade de variâncias e ao estudo das simetrias.

Temos como segunda hipótese:

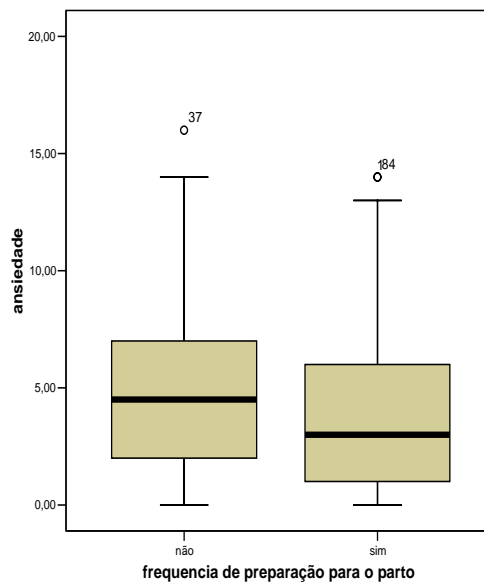
↪ A frequência de programas de preparação para o parto diminui a ansiedade no processo de maternidade.

H0: as puérperas apresentam níveis de ansiedade iguais, quer frequentem ou não, preparação para o parto.

H1: as puérperas que frequentaram preparação para o parto apresentam níveis de ansiedade mais baixos.

**Gráfico 24**

**Caixa de bigodes - distribuição das respostas ao questionário EADS – Dimensão Ansiedade**



As caixas de bigodes representadas mostram que as distribuições têm a mesma forma, diferindo no entanto em tendência central.

O teste para a igualdade das variâncias representado no quadro seguinte mostra que a dispersão dos dois grupos é igual, pois o nível de significância do teste é 0,161, valor superior a 0,05.

**Tabela 18**

Teste de homogeneidade de variâncias do EADS – Dimensão Ansiedade

	Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
Ansiedade	1,989	1	138	,161

**Tabela 19**

Análise Descritiva das respostas ao do EADS – Dimensão Ansiedade

Frequência de preparação para o parto	Ansiedade		Erro típ.
Não	Media	5,1857	,46416
	Mediana	4,5000	
	Variância	15,081	
	Desv. típ.	3,88342	
	Mínimo	,00	
	Máximo	16,00	
	Assimetria	,884	,287
	Curtose	,072	,566
sim	Media	3,7429	,39755
	Mediana	3,0000	
	Variância	11,063	
	Desv. típ.	3,32616	
	Mínimo	,00	
	Máximo	14,00	
	Assimetria	1,300	,287
	Curtose	1,649	,566

Observando as estatísticas descritivas constata-se que a assimetria é respectivamente .88 no grupo que não frequentou preparação para o parto e 1,3 no grupo que frequentou preparação para o parto.

Podemos então testar a nossa hipótese 2 – Dimensão ansiedade, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

**Tabela 20**

**Teste de Mann-Whitney – dimensão ansiedade**

	Ansiedade
U de Mann-Whitney	1888,000
W de Wilcoxon	4373,000
Z	-2,357
Sig. assintót. (bilateral)	,018

Os resultados apresentados no quadro mostram o nível de significância do teste de Mann-Whitney (.018), como apresenta um valor inferior a 0,05, leva a que possamos rejeitar H0, e aceitar H1 – as Puérperas que frequentam programas de preparação para o parto apresentam níveis de ansiedade mais baixos. Assim sendo, podemos afirmar que a frequência de programas de preparação para o parto diminui os níveis de ansiedade no puerpério.

A 3ª hipótese formulada foi:

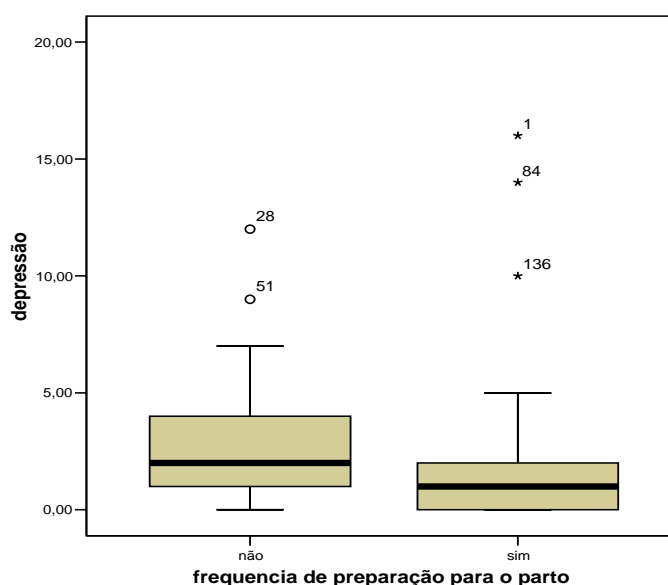
**Hipótese 3** - A frequência de programas de preparação para o parto diminui a depressão no processo de maternidade.

H0: as puérperas apresentam níveis de depressão iguais, quer frequentem ou não preparação para o parto.

H1: as puérperas que frequentaram preparação para o parto apresentam níveis de depressão mais baixos.

**Gráfico 25**

**Caixa de bigodes - distribuição das respostas ao EADS - dimensão depressão**



As caixas de bigodes representadas parecem indicar diferenças na tendência central, conclusão a ser confirmada através do teste de Levene e da análise do teste de Mann-Whitney.

O teste para a igualdade das variâncias representado no quadro seguinte mostra que a dispersão dos dois grupos é igual, pois o nível de significância do teste é ,978 , valor superior a 0,05.

**Tabela 21**

teste de homogeneidade de variâncias – EADS – dimensão depressão

	Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
Depressão	,001	1	138	,978

**Tabela 22**  
Análise Descritiva do EADS – dimensão depressão

Frequência de preparação para o parto	Depressão	Estadístico	Erro típ.
Não	Media	2,4143	,27489
	Mediana	2,0000	
	Variância	5,290	
	Desvio padrão	2,29992	
	Mínimo	,00	
	Máximo	12,00	
	Assimetria	1,563	,287
	Curtose	3,686	,566
sim	Media	1,8571	,34370
	Mediana	1,0000	
	Variância	8,269	
	Desvio. padrão.	2,87561	
	Mínimo	,00	
	Máximo	16,00	
	Assimetria	3,230	,287
	Curtose	12,330	,566

Observando as estatísticas descritivas constata-se que a assimetria no grupo que não frequentou preparação é 1,56, enquanto que no grupo que frequentou é 3,23.

Podemos então testar a nossa hipótese 3 – Dimensão depressão, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

**Tabela 23**  
Teste de Mann-Whitney – EADS – dimensão depressão

	Depressão
U de Mann-Whitney	1874,000
W de Wilcoxon	4359,000
Z	-2,454
Sig. asintót. (bilateral)	,014

Os resultados apresentados no quadro mostram o nível de significância do teste de Mann-Whitney (,014), como apresenta um valor inferior a 0,05, leva a que possamos rejeitar H0, e aceitar H1 – as Puérperas que frequentam programas de preparação para o parto apresentam níveis de depressão mais baixos. Assim sendo, podemos afirmar que a frequência de programas de preparação para o parto diminui os níveis de depressão no puerpério.

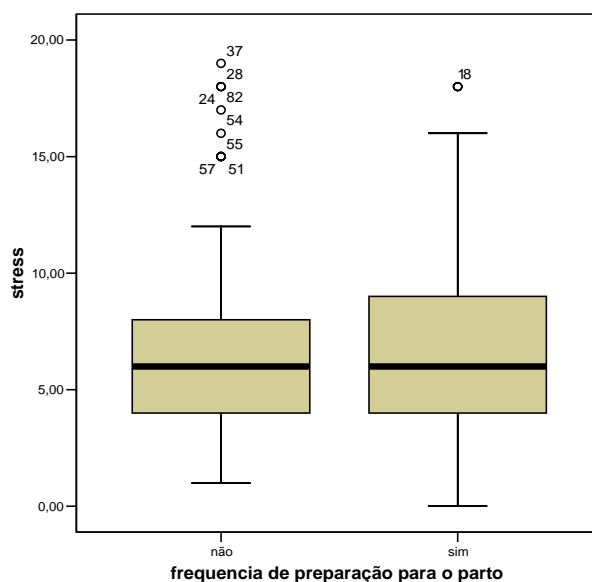
Relativamente às três dimensões avaliadas pelo questionário EADS foi formulada ainda outra hipótese, referente à dimensão stresse.

**Hipótese 4** - A frequência de programas de preparação para o parto diminui o stresse no processo de maternidade.

H0: as puérperas apresentam níveis de stress iguais, quer frequentem ou não preparação para o parto.

H1: as puérperas que frequentaram preparação para o parto apresentam níveis de stresse mais baixos.

**Gráfico 26**  
**Caixa de bigodes - distribuição das respostas – EADS – dimensão stresse**



As caixas de bigodes representadas mostram que as distribuições têm a mesma forma, e tendência central.

O teste para a igualdade das variâncias representado no quadro seguinte mostra que a dispersão dos dois grupos é igual, pois o nível de significância do teste é ,824, valor superior a 0,05.

**Tabela 24**  
**Teste de homogeneidade de variâncias – EADS – Dimensão stresse**

	Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
Stresse	,049	1	138	,824

**Tabela 25**  
Análise Descritiva – EADS – dimensão stresse

Frequência de preparação para o parto	Stresse		Erro típ.
Não	Media	7,0857	,52386
	Mediana	6,0000	
	Variância	19,210	
	Desvio padrão.	4,38291	
	Mínimo	1,00	
	Máximo	19,00	
	Assimetria	1,080	,287
	Curtose	,661	,566
sim	Media	6,4857	,49500
	Mediana	6,0000	
	Variância	17,152	
	Desvio padrão	4,14149	
	Mínimo	,00	
	Máximo	18,00	
	Assimetria	,719	,287
	Curtose	,560	,566

Observando as estatísticas descritivas constata-se que a assimetria é de 1,08 no grupo que não frequentou preparação, e .72 no grupo que frequentou, relativamente à curtose é .66 no grupo que não frequentou, e .56 no grupo que frequentou.

Podemos então testar a nossa hipótese 4 – Dimensão Stresse, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

**Tabela 26**  
Teste de Mann-Whitney –EADS – dimensão Stress

	Stress
U de Mann-Whitney	2328,500
W de Wilcoxon	4813,500
Z	-,508
Sig. Asintót. (bilateral)	,611

Os resultados apresentados no quadro mostram o nível de significância do teste de Mann-Whitney (.611), como apresenta um valor superior a 0,05, leva a que não possamos rejeitar H0 – as puérperas apresentam níveis de stresse iguais, quer frequentem ou não preparação para o parto.

Assim sendo, podemos afirmar que a frequência de programas de preparação para o parto não interfere com os níveis de stresse no puerpério.

Através dos resultados do teste de Mann-Whitney, confirmamos que existem diferenças significativas entre os dois grupos. As mulheres que frequentam preparação para o parto

apresentam menores níveis de ansiedade, e depressão, no entanto em termos de stress não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos.

.



## 8.4 - PERCEPÇÃO SUBJECTIVA DE SATISFAÇÃO DA VIVÊNCIA DA MATERNIDADE

Esta dimensão foi estudada através da aplicação da Escala De Percepção Subjectiva De Satisfação Da Vivência Da Maternidade (Úrsula Carvalho Santos, 2006), construída para o efeito e validada neste estudo.

Os resultados da escala são determinados pela soma dos sete itens. Varia de 7 a 35. Os valores mais elevados revelam uma elevada percepção subjectiva de satisfação com a própria vivência de maternidade.

**Tabela 27**

Análise descritiva dos itens da escala da percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.

Questões	Media	Desvio típica	N
Satisfação com a experiência de maternidade	4,00	,857	140
Percepção de bem-estar geral como mãe	3,96	,795	140
Percepção de apoio familiar	4,21	,886	140
Apoio intimo dado pelo companheiro	4,31	,975	140
Apoio do pessoal de saúde (médico, enfermeira,...)	4,13	,803	140
Confiança na prestação de cuidados ao bebé	4,05	,723	140
Relação afectuosa entre si e o seu filho	4,71	,543	140

**Tabela 28**

Estudo dos itens da escala da percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade.

Item	Média	r item-total	r item-total (s/item)	a
1	4,00	,630(**)	,449	,723
2	3,96	,601(**)	,429	,727
3	4,21	,663(**)	,485	,715
4	4,31	,709(**)	,525	,706
5	4,13	,586(**)	,406	,732
6	4,05	,628(**)	,480	,717
7	4,71	,645(**)	,542	,714
		1		

Nota: \* p<.005; \*\* p<.001

Nesta escala verificamos que as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído variavam entre .59 e .71 no primeiro caso .41 e .54, no último caso, o que vai de encontro ao preconizado por Hill e Hill que alegam que deverá existir uma correlação relativamente forte, compreendida entre .4 e .7. Assim sendo e como a correlação item e o total da escala é superior a .5 é considerado já bastante elevada e significativa.

Constata-se que, em todas as questões, quando são excluídas, o alfa desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando presentes.

Uma vez que a análise factorial parte das correlações entre as variáveis para a identificação de factores comuns à necessidade de se verificar se existem eventuais desvios à normalidade da distribuição dos dados.

Pelo que é importante que se calcule o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que é uma medida de homogeneidade das variáveis, a qual compara correlações simples com correlações parciais observadas entre variáveis, sendo aceitável um valor igual ou superior a 0,60, embora apenas os índices acima de .80 sejam considerados “bons” ou “muito bons” (Pestana e Gageiro, 2000).

Como tal procedemos ao cálculo de KMO sendo o mesmo .72 , o que mostra que existe uma correlação muito boa entre as variáveis, sendo assim possível realizar a análise factorial.

### ANÁLISE FACTORIAL

De acordo com Simões (1994), “a análise factorial em componentes principais das correlações entre variáveis, seguido de rotação Varimax é um dos métodos de extracção de factores mais fundamentado, concebido para permitir uma descrição tão económica quanto possível dos dados (...) e procura determinar quantas dimensões (...) contribuem para uma maior parte da variância dos resultados obtidos” (324-325).

Realizamos a análise das componentes principais, a análise factorial possibilita-nos identificar 3 factores assim como nos permitiu identificar quais os itens que se associam a cada um desses factores encontrados. “ A análise factorial pretende descobrir a estrutura de número elevado de variáveis interrelacionadas de modo a permitir definir uma escala de medida de factores que controlam as variáveis iniciais” (Maroco, 2003)

Utilizámos a análise factorial das componentes principais, seguida de rotação Varimax que segundo Simões (1994:3) “o método de rotação Varimax é mais comumente

utilizado para obter uma estrutura simples, o mais facilmente interpretável, através deste método procura-se minimizar o número de variáveis que apresentam saturações elevadas num factor facilitando a interpretação desses factores. Cada factor tende a saturar fortemente um número reduzido de variáveis e a saturar de forma menos significativa nas restantes variáveis. Esta técnica maximiza as saturações mais elevadas e reduz as saturações mais baixas”.

A análise factorial assume que as convariâncias ou as correlações entre as variáveis são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes, não directamente medidos, designados por factores comuns (Pestana e Gageiro, 2000).

Estes factores explicam uma parte considerável da variância ou seja 72,63%, com um contributo de 41,05% do factor 1, de 15,97% do factor 2 e de 15,65% do factor 3.

Estes factores, são calculados por ordem decrescente de importância, isto é o primeiro explica a máxima variância dos dados, o segundo a máxima variância ainda não explicada pelo primeiro, e assim sucessivamente. O último será o que menos contribui para a explicação da variância total dos dados.

Seguidamente apresentamos os quadros onde se pode ver a composição dos seguintes factores.

**Tabela 29**  
**Factor 1 da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

<b>(41,05% do total da variância explicada)</b>			
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Loading</b>
		<b>Confiança</b>	
<b>5</b>	<b>Apoio do pessoal de saúde (médico, enfermeira, ...)</b>		<b>,860</b>
<b>6</b>	<b>Confiança na prestação de cuidados ao bebé</b>		<b>,820</b>
<b>7</b>	<b>Relação afectuosa entre si e o seu filho</b>		<b>,531</b>

O factor 1 é o mais importante como já referimos anteriormente, explica 41,05% da variância e foi denominado confiança, pois reúne indicadores que remetem para esta atitude relacional. Leva-nos a afirmar que o apoio percebido pelas grávidas é um factor importante para que a mulher tenha uma experiência de maternidade satisfatória.

**Tabela 30 –**  
**Factor 2 da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

<b>(15,93% do total da variância explicada)</b>			
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Loading</b>
		<b>Suporte</b>	
<b>3</b>	<b>Percepção de apoio familiar</b>		<b>,893</b>
<b>4</b>	<b>Apoio íntimo dado pelo companheiro</b>		<b>,847</b>

O factor 2 é o segundo mais importante e explica 15,93% da variância, foi denominado suporte familiar.

**Tabela 31**  
**Factor 3 da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

(15,65% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		Satisfação pessoal	
1	Satisfação com a experiência de maternidade		,836
2	Percepção de bem-estar geral como mãe		,857

O factor 3 transporta-nos para o domínio da satisfação pessoal, uma vez que diz respeito aos sentimentos que a puérpera experiência no processo de maternidade.

Foi utilizado o método de extracção, análise de componentes principais, método de rotação Varimax com Kaiser.

#### Dados psicométricos

##### **Escala total**

##### **Estudos de fidelidade**

**Tabela 32**  
**Alfa de Cronbach - Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseada nos elementos tipificados	N de elementos
,749	,759	7

A escala de avaliação da percepção de satisfação com a experiência de maternidade apresenta uma consistência interna aceitável com um Alpha de Cronbach de .749, o que de acordo com Ribeiro (1999) este baixo valor justifica-se pelo número de itens muito baixo.

**Tabela 33**  
**Alfa de cronbach - dimensão – confiança da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	N de elementos
,556	,594	3

Apesar desta sub-escala apresentar uma consistência interna baixa, com um alfa de cronbach de ,556, ao analisarmos a correlação item-escala total verifica-se que ao retirar qualquer um dos itens o alfa baixa (quadro 7) razão pela qual decidimos mantê-los.

**Tabela 34**

**Correlação item-escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

	Media da escala quando se elimina o elemento	Variância da escala quando se elimina o elemento	Correlação elemento-total	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach quando se elimina o elemento
Apoio intimo dado pelo companheiro	8,84	1,261	,363	,142	,508
Apoio do pessoal de saúde (médico, enfermeira,...)	9,02	1,604	,372	,162	,447
Relação afectuosa entre si e o seu filho	8,44	2,033	,438	,195	,430

**Tabela 35**

**Alfa de Cronbach – Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade  
dimensão –suporte**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	N de elementos
,760	,762	2

A sub-escala denominada suporte apresenta um de Alfa de Cronbach de .76 o que de acordo com Ribeiro (1999) é um valor aceitável.

**Tabela 36**

**Alfa de Cronbach - Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade  
dimensão –satisfação Pessoal**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	N de elementos
,681	,682	2

Ao avaliarmos a consistência interna da sub-escala satisfação obtivemos um valor de alfa de .68, o que é considerado aceitável.

Após a conclusão do estudo da escala construída para este estudo, e constatando que se trata de um elemento de medida fiável para avaliar a percepção subjectiva de satisfação materna na vivência do processo de maternidade, passamos à análise descritiva dos dados.

**Tabela 37**  
**Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

Media	Variância	Desvio típica	N de elementos
29,36	12,751	3,571	7

Os resultados da escala são determinados pela soma dos sete itens. Varia de 7 a 35. Quanto mais elevados os valores maior a percepção subjectiva de satisfação com a própria vivência de maternidade.

Considerando os intervalos dos scores:

[7-13[- Percepção muito baixa

[13-18[- Percepção baixa

[18-23[- percepção positiva

[23-35[- percepção muito positiva

A média da escala total é de 29,36 com um desvio padrão de 3,571, podemos afirmar que a percepção subjectiva de satisfação na vivência de maternidade para a população total é muito positiva.

Passamos então ao estudo da população total em termos de sub-escalas

**Tabela 38**  
**Análise descritiva das dimensões da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

Sub-escala	Media	Variância	Desvio padrão	N de elementos
Confiança	13,15	3,006	1,734	3
Suporte	8,52	2,798	1,673	2
Satisfação	7,96	2,070	1,439	2

Os resultados de cada sub-escala são determinados pela soma dos itens. Assim na sub-escala confiança varia de 3 a 15, na sub-escala suporte e na sub-escala satisfação

variam de 2 a 10. Pelo que constatamos que a nossa amostra total é muito confiante, e refere um nível muito positivo de suporte e de satisfação.

Tendo por base que o objectivo do nosso estudo é comparar as duas sub-amostras – mulheres que frequentaram programas de preparação para o parto e mulheres que não frequentaram relativamente à percepção subjectiva de satisfação com a experiência de maternidade, passamos à análise descritiva dos mesmos.

Neste âmbito foi definida a seguinte hipótese:

**Hipótese 5** – A Preparação para o parto favorece a percepção de satisfação da mulher na vivência da maternidade.

H0: as mulheres apresentam níveis iguais, de percepção subjectiva de satisfação perante a experiência de maternidade, independentemente da frequência ou não de programas de preparação para o parto.

H1: a preparação para o parto aumenta os níveis de percepção subjectiva de satisfação nas mulheres que frequentam preparação para o parto.

**Tabela 39**

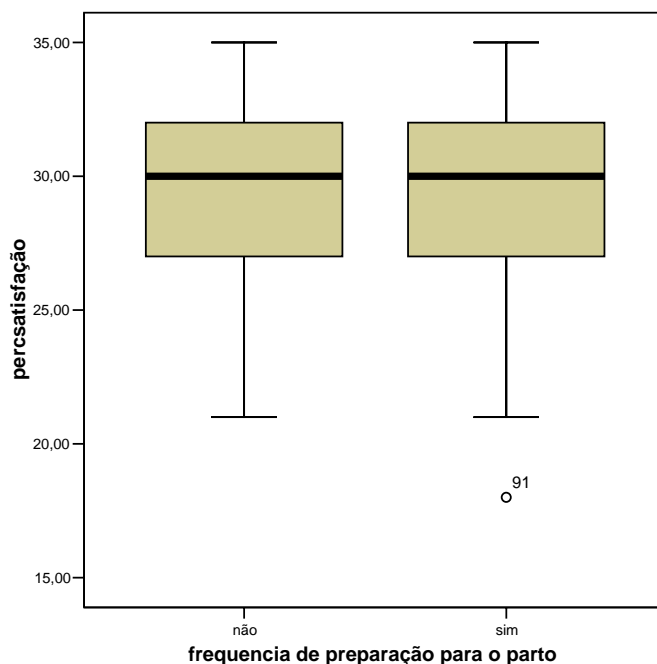
**Análise descritiva – Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

Frequência de preparação para o parto	Percepção de satisfação face à experiência de maternidade	Estadístico	Erro típ.
Não	Media	29,1857	,43515
	Mediana	30,0000	
	Variância	13,255	
	Desvio padrão	3,64072	
	Mínimo	21,00	
	Máximo	35,00	
	Assimetria	-,727	,287
	Curtose	-,207	,566
Sim	Media	29,5429	,42033
	Mediana	30,0000	
	Variância	12,368	
	Desvio padrão	3,51677	
	Mínimo	18,00	
	Máximo	35,00	
	Assimetria	-,842	,287
	Curtose	,795	,566

Relativamente à assimetria, os valores são ambos negativos, no grupo que não frequentou preparação apresentou uma assimetria de -,73, e no grupo com frequência apresentou -,8.

**Gráfico 27**

**Distribuição da amostra relativamente á percepção subjectiva de satisfação e a frequência de preparação**



As caixas de bigodes representadas mostram que as distribuições têm a mesma forma, e a tendência central também é semelhante.

O teste para a igualdade das variâncias representado no quadro seguinte mostra que a dispersão dos dois grupos é igual, pois o nível de significância do teste é 0,671, valor superior a 0,05.

**Tabela 40**

**Teste de homogeneidade da variância da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

	Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
Percepção subjectiva de satisfação	,181	1	138	,671

Podemos então testar a nossa hipótese 5 – através do teste não paramétrico de Mann-Witney.

**Tabela 41**

**Teste de Mann-Whitney da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

	Percepção de satisfação
U de Mann-Whitney	2337,500
W de Wilcoxon	4822,500
Z	-,471
Sig. asympt. (bilateral)	,637



Os resultados apresentados no quadro mostram o nível de significância do teste de Mann-Witney (.64), como apresenta um valor superior a .05, leva a que não possamos rejeitar  $H_0$ , logo podemos afirmar que as puérperas apresentam níveis de percepção subjectiva de satisfação semelhantes independentemente de frequentarem programas de preparação para o parto.

Quisemos ainda averiguar se haveria diferenças entre os dois grupos nalguma das dimensões que constituem esta escala, mas constatamos que não pelo que podemos observar nos seguintes quadros:

**Tabela 42**  
**Teste de homogeneidade da variância da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Confiança	,897	1	138	,345
Suporte	1,645	1	138	,202
Satisfação	,231	1	138	,632

Os níveis de significância são todos superiores a .05, e como tal confirma-se a homogeneidade das sub-escalas.

**Tabela 43**  
**Teste de Mann-Whitney da Escala de percepção subjectiva de satisfação na experiência de maternidade**

	Confiança	Suporte	Satisfação
U de Mann-Whitney	2235,000	2372,000	2150,500
W de Wilcoxon	4720,000	4857,000	4635,500
Z	-,916	-,338	-1,274
Sig. asintót. (bilateral)	,359	,735	,203

Em todas as sub-escalas o nível de significância é superior a 0,05 então podemos afirmar que não existem diferenças entre os dois grupos ao nível das 3 dimensões avaliadas pela escala.

## 8.5 - BEM – ESTAR PERANTE A EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE

Esta dimensão foi avaliada pelo – Q.B.E.M. – Questionário De Avaliação Do Bem-Estar Na Experiência De Maternidade. (Úrsula Carvalho Santos, 2006), desenvolvido para o efeito.

O estudo que conduziu à validação do **Q.B.E.M.** Foi realizado sobre um total de 140 Mulheres distribuídas por dois grupos: um que frequentou preparação para o parto e outro que não frequentou.

**Tabela 44**  
**Análise descritiva do Q.B.E.M.**

14 Itens	Media	Desvio Padrão
5 - O trabalho de parto decorreu de acordo com as minhas expectativas positivas	3,28	1,138
6 - O parto decorreu de acordo com as minhas expectativas positivas	3,34	1,070
7 - Usei técnicas de relaxamento que me ajudaram a sentir melhor	3,52	1,190
9 - Usei técnicas respiratórias durante o trabalho de parto	3,62	1,249
11 - Considero que o meu desempenho durante o trabalho de parto foi o mais adequado	3,71	0,933
12 - Considero que o meu desempenho durante o parto foi o mais adequado	3,70	0,919
13 - A minha experiência de parto foi maravilhosa não podia ser melhor	3,29	1,177
16 - Preparei-me para que o trabalho de parto decorre-se da melhor forma	3,56	1,133
17 - Preparei-me para que o parto decorre-se da melhor forma	3,71	1,013
18 - Durante a gravidez adquiri conhecimentos sobre os cuidados a ter com o bebé	4,19	0,755
20 - Senti-me confiante durante o processo de nascimento da criança	3,86	0,824
24 - Consegui-me controlar e perceber todo o decurso do trabalho de parto	3,50	1,007
25 - Consegui-me controlar e perceber todo o decurso do parto	3,50	1,028
29 - Sempre acreditei que tudo correria bem durante o nascimento do meu filho	3,96	0,795

### ANÁLISE DOS ITENS

No processo de selecção dos itens para a construção da escala final determinamos a correlação item-total com o objectivo de permitir uma melhor avaliação da variável em estudo e seguimos os princípios de Hill e Hill (2002) que alegam que deverá existir uma

correlação relativamente forte, compreendida entre 0,4 e 0,7. Sendo assim procedemos à selecção dos itens com correlação superior a 0,4, no entanto seleccionamos também o item 29 apesar de apresentar correlação inferior (.373) porque constatamos que ao retirá-lo o alfa descia. Assim sendo, optamos pela versão de 14 itens.

Nesta escala verificamos que as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contem o próprio item e quando este é excluído varia entre .373 e .653 no primeiro caso e .286 e .551 no último.

Podemos verificar na figura que os valores de Alpha de Cronbach para todas as questões da escala quando o item assinalado é excluído, o  $\alpha$  desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando presentes.

**Tabela 45**  
**estudo dos itens (14 itens) do Q.B.E.M.**

Item	Média	r item-total	r item-total (s/item)	a
5	3,28	,508(**)	,394	,802
6	3,34	,440(**)	,327	,807
7	3,52	,576(**)	,467	,797
9	3,62	,427(**)	,292	,811
11	3,71	,543(**)	,456	,798
12	3,70	,630(**)	,556	,792
13	3,29	,601(**)	,498	,794
16	3,56	,527(**)	,417	,801
17	3,71	,640(**)	,558	,791
18	4,19	,406(**)	,326	,806
20	3,86	,559(**)	,485	,797
24	3,50	,653(**)	,574	,790
25	3,50	,661(**)	,581	,789
29	3,96	,373(**)	,286	,808

Nota: \*  $p < .005$ ; \*\*  $p < .001$

6	,872(**)												
7	,250(**)	,149											
9	,106	,000	,594(**)										
11	,179(*)	,128	,234(**)	,349(**)									
12	,108	,177(*)	,217(**)	,324(**)	,775(**)								
13	,514(**)	,563(**)	,170(*)	,056	,171(*)	,277(**)							
16	,093	-,070	,366(**)	,257(**)	,258(**)	,215(*)	,083						
17	,123	-,047	,429(**)	,277(**)	,274(**)	,248(**)	,186(*)	,826(**)					
18	-,144	-,149	,240(**)	,263(**)	,082	,231(**)	,097	,386(**)	,512(**)				
20	,131	,152	,125	,023	,165	,338(**)	,390(**)	,189(*)	,321(**)	,303(**)			
24	,306(**)	,291(**)	,345(**)	,174(*)	,416(**)	,398(**)	,366(**)	,259(**)	,403(**)	,134	,275(**)		
25	,201(*)	,262(**)	,261(**)	,122	,354(**)	,488(**)	,444(**)	,227(**)	,373(**)	,287(**)	,411(**)	,823(**)	
29	-,031	-,004	,038	-,020	,279(**)	,328(**)	,096	,288(**)	,349(**)	,207(*)	,254(**)	,180(*)	,258(**)
	5	6	7	9	11	12	13	16	17	18	20	24	25

---

*Maria Úrsula Ramalho Carvalho dos Santos*

A análise da matriz de correlações permite constatar a existência de um número apreciável de coeficiente de correlação superiores a .30 o que confirma a factoriabilidade da matriz de correlações.

Como verificamos existem correlações muito significativas, nomeadamente entre os itens o 1 e 6,13,24 e o 6 e 13, o 7 e 9,16,17,24 o 9 e 11,12 o 11 e 12,24,25, o 12 e 20,24,25,29. No entanto existem itens que não se correlacionam entre si como 6 e 9.

Para podermos conhecer as dimensões realizámos a análise factorial das componentes principais, porque no entender de (Pestana e Gageiro 2000) este é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais.

A análise factorial possibilita-nos, não apenas saber quantos factores determinado instrumento avalia, como também quais são esses factores, tal como permite identificar quais os itens que se associam a cada um desses factores encontrados.

Estes factores explicam uma parte considerável da variância, sendo que são calculados por ordem decrescente de importância, isto é, o primeiro explica a máxima variância dos dados, o segundo a máxima variância ainda não explicada pelo primeiro, e assim sucessivamente. O último será o que menos contribui para a explicação da variância total dos dados.

Uma vez que a análise factorial parte das correlações entre variáveis para a identificação de factores comuns à necessidade de se verificar se existem eventuais desvios à normalidade da distribuição dos dados. Pelo que é importante que se faça o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que é uma medida de homogeneidade das variáveis, a qual compara correlações simples com correlações parciais observadas entre variáveis, sendo aceitável um valor igual ou superior a .60, embora apenas os índices acima de .80 sejam considerados “bons” ou “ muito bons” (Pestana & Gageiro, 2000).

### **Análise factorial**

Para analisar a estrutura do questionário e a adequação da sua divisão em sub-escalas, recorreremos à análise factorial. A aplicação da análise factorial em componentes principais, deve ser sempre acompanhada pela verificação da consistência interna dos factores (Pestana & Gageiro, 2000); esta verificação permitiu-nos certificar a validade das questões garantindo que, muito provavelmente, medem o mesmo conceito (ou factor). Esta técnica de análise multivariada permite organizar a forma como os sujeitos interpretam os diferentes aspectos analisados pelo questionário e identificar os que estão

ou não relacionados entre si (Mardia, Kent, & Bibby, 1995). Torna-se assim possível verificar se, em cada sub-escala, as variáveis têm subjacentes os mesmos conceitos (ou factores). Os factores são identificados pelas maneiras distintas como são respondidas as questões, de forma a formar grupos homogêneos de variáveis.

Segundo Simões (1994) “ a análise factorial em componentes principais das correlações entre variáveis, seguido de rotação varimax é um dos métodos de extracção de factores mais fundamentado, concebido para permitir uma descrição tão económica quanto possível dos dados (...) e procura determinar quantas dimensões (...) contribuem para a maior parte da variância dos resultados obtidos”(324-325).

Posto isto, realizamos a análise das componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax , onde se destacaram 5 dimensões, que constituem 75,523 do total de percentagem de variância explicada obtida. Sendo o KMO=.669, podemos verificar que as variáveis estão relacionadas significativamente.

De acordo com Simões (1994:3) “O método de rotação Varimax é mais comumente utilizado para obter uma estrutura simples, o mais facilmente interpretável; através deste método procura-se minimizar o número de variáveis que apresentam saturações elevadas num factor facilitando a interpretação desses factores. Cada factor tende a saturar fortemente num número reduzido de variáveis e a saturar de forma menos significativa nas restantes variáveis. Esta técnica maximiza as saturações mais elevadas e reduz as saturações mais baixas.”

A análise factorial assume que as convariâncias ou as correlações entre as variáveis são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes, não directamente medidos, designados por factores comuns (Pestana e Gageiro, 2000).

Estes factores são calculados por ordem decrescente de importância, isto é, o primeiro explica a máxima variância dos dados, o segundo a máxima variância ainda não explicada pelo primeiro, e assim sucessivamente. O último será a que menos contribui para a explicação da variância total dos dados.

Seguidamente apresentamos os quadros onde se pode ver a composição dos diferentes factores.

**Tabela 46**  
**factor 1 - Q.B.E.M.**

<b>(31,031% do total da variância explicada)</b>			
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Dimensão Satisfação</b>	<b>Loading</b>
<b>5</b>	O trabalho de parto decorreu de acordo com as minhas expectativas positivas		,945
<b>6</b>	O parto decorreu de acordo com as minhas expectativas positivas		,927
<b>13</b>	A minha experiência de parto foi maravilhosa não podia ser melhor		,627

**Tabela 47**  
**Factor 2 do Q.B.E.M.**

(16,097% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão Conhecimento	Loading
16	Preparei-me para que o trabalho de parto decorre-se da melhor forma		,854
17	Preparei-me para que o parto decorre-se da melhor forma		,882
18	Durante a gravidez adquiri conhecimentos sobre os cuidados a ter com o bebe		,626

**Tabela 48**  
**Factor 3 do Q.B.E.M.**

(11,401% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão Controlo de si e dos acontecimentos	Loading
20	Senti-me confiante durante o processo de nascimento da criança		,435
24	Consegui-me controlar e perceber todo o decurso do trabalho de parto		,811
25	Consegui-me controlar e perceber todo o decurso parto		,904

**Tabela 49**  
**Factor 4 do Q.B.E.M.**

(9,688% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão Auto-eficácia	Loading
5	Considero que o meu desempenho durante o trabalho de parto foi o mais adequado		,861
6	Considero que o meu desempenho durante o de parto foi o mais adequado		,851
16	Sempre acreditei que tudo correria bem durante o nascimento do meu filho		,571

**Tabela 50**  
**Factor 5 do Q.B.E.M.**

(7,306% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão coping	Loading
7	Usei técnicas de relaxamento que me ajudaram a sentir melhor		,778
9	Usei técnicas respiratórias durante o parto		,885

### **FIABILIDADE INTERNA DO QUESTIONÁRIO**

Assim, e como refere Hill & Hill (2002:148), é muito importante dar atenção à fiabilidade de um questionário construído para medir uma variável latente porque não vale a pena tirar conclusões a partir de uma medida que não tem fiabilidade adequada”.

Jesus (1996) refere que para se estimar a consistência interna recorre-se ao alfa de Cronbach que é o método mais adequado da análise das escalas do tipo Likert, sendo possível verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas dos diversos itens que compõem a escala.

De acordo com Pestana e Gageiro (2000) e Hill e Hill (2002) o coeficiente de alfa só é aceitável a partir de 0,6. Ribeiro (1999) refere que uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80.

O QBEM revelou um alfa bom de 0,815 para o total da escala alterada de 14 itens.

A fiabilidade do nosso questionário foi calculada utilizando o método do coeficiente alfa de Cronbach (designado por Alpha no SPSS), e no nosso questionário os valores de alfa obtidos situaram-se dentro do intervalo a maior parte dos itens e da escala total obteve-se .815.

A fidelidade de um questionário é uma medida estatística da reprodutibilidade dos dados recolhidos pelo instrumento (Grangé & Lebart, 1994).

Para estimar a fidelidade do questionário recorreremos aos seguintes indicadores:

- *Alpha de Cronbach* (para avaliar a estabilidade das respostas), O *Alpha de Cronbach* mede a correlação entre cada escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor (pertencentes a uma mesma sub-escala).

Verificou-se que os resultados obtidos com o questionário apresentam um elevado índice de fidelidade (*Alpha de Cronbach*=.815).

Pelo facto de constataremos que o Q.B.E.M. é composto por cinco dimensões, procedemos ao cálculo da consistência interna para cada uma das dimensões e verificámos o seguinte:



**Tabela 51**  
**Consistência interna das dimensões que compõem o QBEM**

Dimensão	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado nos elementos tipificados	N de elementos
Auto-eficácia	,734	,725	3
Controlo de si e dos acontecimentos	,765	,753	3
Coping	,767	,767	2
Conhecimento	,786	,781	3
Satisfação	,844	,848	3

Pela análise do quadro, verifica-se que todas as sub-escalas apresentam um alfa aceitável, e a escala denominada satisfação apresenta um alfa considerado bom, de acordo com Ribeiro (1999).

Após a conclusão do estudo da escala construída para este estudo, e constatando que se trata de um elemento de medida fiável para avaliar a percepção de bem-estar materno durante o processo de maternidade, passamos à análise descritiva dos dados.

**Tabela 52**  
**Análise descritiva do QBEM**

	Mínimo	Máximo	Media	Desvio padrão.	Variância
Bem-estar 14 itens	24,00	69,00	50,7357	7,79283	60,728

Tendo por base que os valores da pontuação do QBEM oscilam entre o mínimo de 14 e o máximo de 70 pontos, na nossa amostra varia de 24 a 69, e a média é de 50,7, podemos assim concluir com base nos intervalos dos scores:

[14-28[- Percepção muito baixa

[28-42[- Percepção baixa

[42-56[- percepção positiva

[56-70[- percepção muito positiva

Que a população em estudo revela uma percepção positiva de Bem-estar perante a experiência de maternidade.

Passamos então ao estudo da população total, relativamente a cada dimensão.

**Tabela 53**  
**Análise descritiva das dimensões que compõem o QBEM**

Dimensão	Media	Variância	Desvio padrão	N de elementos
Auto-eficácia	11,36	4,593	2,143	3
Controlo de si e dos acontecimentos	10,86	5,615	2,370	3
Coping	7,14	4,828	2,197	2
Conhecimento	11,46	6,049	2,459	3
Satisfação	9,90	8,753	2,958	3

Os resultados de cada sub-escala são determinados pela soma dos itens. Assim na sub-escala coping varia de 2 a 10, enquanto que em todas as outras varia de 3 a 15. Pelo que constatamos que para a dimensão coping e tendo por base os intervalos dos scores

[2-4]- Percepção muito baixa

[4-6]- Percepção baixa

[6-8]- percepção positiva

[8-10]- percepção muito positiva

Esta amostra apresenta um nível positivo de 7,14.

Relativamente às restantes dimensões, e considerando os intervalos:

[3-6]-muito negativo

[6-9]-negativo

[9-12]- positiva

[12-15]-muito positivo

Todas as dimensões apresentam valores compreendidos entre 9 a 12 logo podemos inferir que a amostra em estudo apresenta uma percepção de bem-estar positiva.

Tendo por base que o objectivo do nosso estudo é comparar as duas sub-amostras – mulheres que frequentaram programas de preparação para o parto e mulheres que não frequentaram relativamente à percepção subjectiva de satisfação com a experiência de maternidade passamos à análise descritiva dos mesmos.

Neste âmbito foi definida a seguinte hipótese:

H0: as puérperas apresentam níveis de bem-estar iguais independentemente da frequência ou não de preparação para o parto.

H1: : As puérperas com frequência de preparação para o parto apresentam bem-estar superior às que não frequentaram preparação para o parto.

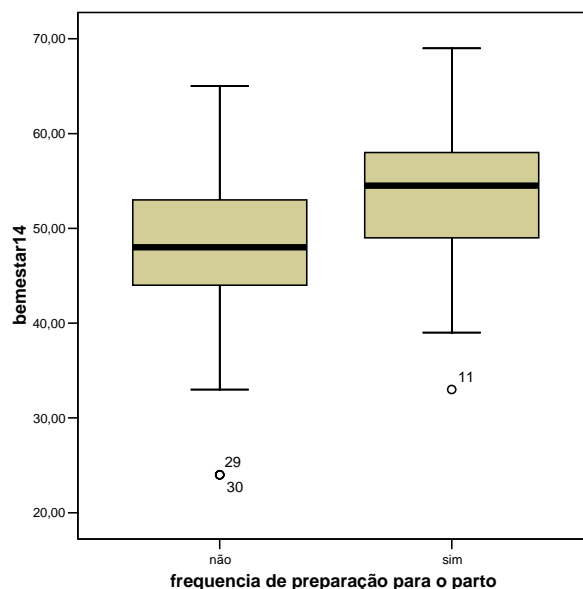
**Tabela 54**  
**Análise Descritiva do QBEM / Frequência de preparação para o parto**

Frequência de preparação para o parto	Bem-estar		Erro típ.
Não	Media	47,6429	,89997
	Mediana	48,0000	
	Variância	56,697	
	Desvio padrão	7,52972	
	Mínimo	24,00	
	Máximo	65,00	
	Assimetria	-,744	,287
	Curtose	1,377	,566
Sim	Media	53,8286	,81268
	Mediana	54,5000	
	Variância	46,231	
	Desvio padrão	6,79934	
	Mínimo	33,00	
	Máximo	69,00	
	Assimetria	-,237	,287
	Curtose	,530	,566

Pela análise da tabela anterior verifica-se que as assimetrias das respostas dos dois grupos., são respectivamente -.74 e -.24.

**Gráfico 28**

**Distribuição das respostas ao QBEM**



As caixas de bigodes representadas mostram que as distribuições têm a mesma forma, mas diferem na tendência central.

O teste para a igualdade das variâncias representado no quadro seguinte mostra que a dispersão dos dois grupos é igual, pois o nível de significância do teste é .50, valor superior a .05.

**Tabela 55**  
Teste de homogeneidade da variância do QBEM

	Teste de Levene	gl1	gl2	Sig.
Bem – estar 14 itens	,456	1	138	,501

Podemos então testar a nossa hipótese 6 – A preparação para o parto proporciona bem-estar à puérpera, através do teste não paramétrico de Mann-Witney.

**Tabela 56**  
Teste de Mann-Whitney do QBEM

	Bem – estar 14 itens
U de Mann-Whitney	1302,000
W de Wilcoxon	3787,000
Z	-4,790
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Os resultados apresentados no quadro mostram o nível de significância do teste de Mann-Witney (0,000), como apresenta um valor inferior a 0,05, leva a que possamos rejeitar H0, logo podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas em termos de Bem-estar, nos grupos de puérperas quando frequentarem programas de preparação para o parto.

Tal como procedemos com os instrumentos anteriores, quisemos ainda averiguar se haveria diferenças entre os dois grupos nalguma das dimensões que constituem esta escala.

Formulamos a seguinte Hipótese 7 - A preparação para o parto fornece mecanismos de Coping à parturiente. Para podemos testar procedemos ao calculo do teste teste de Mann-Witney, e constatamos que:

**Tabela 57**  
**Teste de Mann-Whitney para as cinco dimensões que compõem o QBEM**

	Satisfação	Conhecimento	Controlo De Si E Acontecimentos	Auto-eficácia	Coping
U de Mann-Whitney	2361,500	875,000	2093,500	2114,000	1155,000
W de Wilcoxon	4846,500	3360,000	4578,500	4599,000	3640,000
Z	-,374	-6,683	-1,533	-1,449	-5,519
Sig. assintót. (bilateral)	,708	,000	,125	,147	,000

Existe diferenças significativas nas sub-escalas conhecimento e coping, pois o nível de significância de ambas as categorias é .000, inferior a .005. como tal podemos rejeitar  $H_0$  e afirmar que nestas duas subcategorias, as puérperas com frequência de preparação para o parto apresentam níveis mais elevados. Enquanto que nas restantes categorias não existem diferenças estatisticamente significativas, pois apresentam níveis de significância superiores a 0,05.

## 9 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção encontram-se descritos os resultados obtidos após a análise estatística, tendo sempre em conta a necessária adequação do tratamento dos dados às características das variáveis em estudo.

Inicialmente são expostos os resultados das variáveis em estudo, (Saúde geral; depressão, ansiedade e stresse; percepção subjectiva de satisfação com a experiência de maternidade; Bem-estar) e respectivas relações, após o que se apresentam os resultados das mesmas, mas em função da influência das variáveis secundárias (variáveis demográficas).

A amostra em estudo, é constituída por 70 mulheres que frequentaram cursos de preparação para o parto e igual número que não frequentaram. Por se tratar de um estudo comparativo houve a preocupação de conseguir número igual de participantes em cada grupo.

A nossa amostra foi constituída por mulheres que tiveram parto nos hospitais de Beja, Évora e Almada, mas maioritariamente no hospital de Beja (52%), pelo facto de ser o local mais acessível, o que confirma a amostra de conveniência.

Os resultados do estudo mostram-nos que no grupo de mulheres cujo parto ocorreu no Hospital Garcia de Orta verificou-se uma maior adesão à preparação para o parto, o que se poderá dever à disponibilidade de recursos existentes, pois um dos motivos apontados para a não frequência foi o facto da não existência dos mesmos, no local de residência. o que se deve essencialmente à realidade do nosso país, pois o número de técnicos especialistas em obstetrícia é muito reduzido, mal chegando para as necessidades dos blocos de partos existentes.

A média de idades das participantes, situa-se no grupo dos 25 aos 30 anos. Constatamos que, quanto ao grupo etário a moda é o grupo etário dos 25 aos 30 anos com 38,6% do total das inquiridas, seguido do grupo dos 31-36 anos com 27,9% e também são estes grupos etários que mais frequentam a preparação para o parto.

Verificou-se que a maioria das grávidas é casada ou vive em regime de coabitação, e é neste grupo que se verifica uma maior frequência de preparação para o parto.

O papel do companheiro durante a gravidez pode ser de apoio, respondendo aos sentimentos de vulnerabilidade da mulher, tanto no aspecto biológico como psicológico. Em concordância com estudos realizados (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Palmer, 2003; Priel & Besser, 2002), verificou-se que o suporte social do marido surge como um factor de protecção na transição para a maternidade.

Kitzinger (1984) faz notar a importância do marido como figura de suporte na fase final da gravidez, como “alguém que assume juntamente com a mulher o protagonismo da cena do parto. Talvez seja ele a primeira pessoa a ver o bebé, o qual pode mesmo estar nos seus braços, quando adormecer pela primeira vez.” (p.177).

A presença de ambos os parceiros durante o parto é uma experiência única que os liga, fomentando uma intensa intimidade entre duas pessoas que já são chegadas, e criando potencial para os laços emocionais entre a tríade mãe-filho-pai.

A maioria das inquiridas tiveram apenas uma gravidez (58,5%), e são estas que mais frequentam a preparação para o parto. O que vai de encontro aos motivos da frequência mencionados, dos quais se destacam a necessidade de mais informação. Apesar da maioria das participantes ser primípara (58,6%); há, no entanto, um número significativo de mulheres com gravidezes anteriores à actual (30,7%). O número de filhos varia essencialmente entre 1 e 3, sendo que 62,1% da amostra tem apenas um filho, e apenas 2 inquiridas referem ter mais de três filhos, dados estes semelhantes aos verificados na população em geral.

Tendo em conta que foi critério de selecção saber ler e escrever, só três grávidas se situam no limiar mínimo de escolaridade, sendo a moda o ensino secundário (55%), seguindo-se a Licenciatura (29,3%). Pudemos constatar que são as inquiridas com maiores habilitações literárias que mais frequentam a preparação para o parto. Constatou-se também que independentemente do local de parto escolhido, são as inquiridas com licenciatura que mais frequentam a preparação para o parto, no entanto esta diferença é mais significativa em Almada. Estes resultados vão de encontro ao que Couto (2006) refere, que a educação académica limita o uso adequado das fontes formais de educação para a saúde, tornando-as inadequadas e completamente inaplicáveis ao seu contexto de vida. Pois, deparamo-nos constantemente com o facto de que há mulheres que apesar de lhes ser oferecido gratuitamente aulas de preparação para o parto no próprio concelho, nem sempre lhes reconhecem importância, e não as frequentam. Enquanto que outras

que não dispõem deste recurso gratuito, procuram aulas de preparação para o parto privadas com os encargos financeiros que isso acarreta. A este propósito Couto (2003) atesta a educação da grávida como uma necessidade humana que, mais por falta de conhecimentos e vontade, do que de força, a mulher grávida tende a não procurar e mesmo a rejeitar, por vezes, na desculpa de que nada a vai ajudar no seu parto.

No momento da realização do estudo, a maioria das (90,7%) está empregada, são maioritariamente funcionárias administrativas (20%), comerciantes (16,4%) e professoras (14,3%). E são as professoras e funcionárias administrativas, quem mais frequenta a preparação para o parto.

O número de pessoas do agregado familiar varia entre duas e sete, sendo mais frequentes os agregados familiares com três (50,0%) ou quatro pessoas (34,3%). O que poderemos concluir que se trata essencialmente de famílias nucleares, e (97,1%) dos agregados familiares incluem o pai do bebé. Devido às alterações socioeconómicas verificadas nos últimos anos, cada vez mais, assistimos ao afastamento das famílias, e à redução das famílias alargadas. Assim, os jovens casais deparam-se com o processo de maternidade, afastados dos próprios pais, surgindo assim, premência da preparação para o parto, como um veículo de informação fundamental para os futuros pais. Um dos factores referidos, como motivador de frequência de programas de preparação para o parto, foi a necessidade sentida de obter mais informação relativamente à gravidez, parto, pós parto e cuidados com o recém-nascido.

Relativamente à opinião sobre o processo de maternidade, maioritariamente responderam que é maravilhoso, seguido de bom, outras referindo que apesar de maravilhoso é muito complexo. De uma forma geral existe consenso que é uma experiência indescritível, única na vida de uma mulher, e que independentemente do número de filhos é sempre uma experiência maravilhosa.

O **primeiro objectivo** do nosso estudo pretendia *identificar se há diferenças na percepção de saúde entre as mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram*. Os resultados indicam que não existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nos níveis de percepção de saúde geral.

Concluimos então, que as Puérperas possuem igual percepção de saúde geral independentemente da frequência ou não de programas de preparação para o parto.

Considerando que no QSG a pontuação oscila entre o mínimo de 12 e o máximo de 60, e de acordo com Faria (1999) que nos diz que a interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior a saúde geral percepcionada pelo



indivíduo, podemos assim concluir que a população em estudo tem uma percepção de saúde positiva. Poderemos assim afirmar que a percepção de saúde geral é traço da personalidade e não um estado.

O **segundo objectivo** do nosso estudo pretendia *identificar se existem diferenças no nível de stresse, ansiedade e depressão entre as mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram*.

Os nossos resultados indicam que:

↪ as Puérperas que frequentam programas de preparação para o parto apresentam *níveis de ansiedade mais baixos*. Assim sendo, podemos afirmar que a frequência de programas de preparação para o parto diminui os níveis de ansiedade no puerpério. Resultados estes que corroboram com o estudo realizado por Charles (1978) em grávidas suecas com apenas a escolaridade básica, essas revelaram maior ansiedade nos primeiros dois períodos do trabalho de parto do que as grávidas com escolaridade mais elevada.

Estes resultados vão de encontro também ao referenciado por Cordeiro em 1992. Cordeiro citado por Bento (1992) refere que quando a mãe é preparada física e psiquicamente enquanto grávida, contribui mais eficazmente para uma atitude de maior tranquilidade e para um comportamento adequado durante o trabalho de parto. Refere também que a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa ansiosa que povoa toda a mulher grávida. A este propósito o autor acrescenta que a preparação psicológica reduz grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso.

Filomena Ferronha e Fernando Vieira citados por Bento (1992) realizaram um estudo intitulado “ansiedade na gravidez”. Procuraram testar se a utilização de técnicas de intervenção psicológica e a informação dada à grávida diminuiria a dor e melhoraria a performance durante o trabalho de parto. Concluíram que as mulheres sujeitas a aulas teóricas com informação sobre a gravidez, e aulas práticas centradas nas técnicas de combate à ansiedade, revelam maior controle durante o parto, diminuição de ansiedade nas últimas semanas da gravidez bem como no decurso de todo o trabalho de parto. Resultados estes também relacionáveis com os obtidos neste estudo.

Maldonado (1976) refere que a ansiedade e os temores relacionados com o parto e o novo papel de mãe têm sido considerados como factores contribuintes para parto

prolongado ou distócico. Ou seja, quando a ansiedade é excessiva podem surgir consequências negativas, como a possibilidade de um parto prematuro ou tardio, bebês com baixo peso, maior probabilidade de cesariana, menor probabilidade de um parto tranquilo e aumento da probabilidade de uma depressão pós-parto. A forma como o parto é vivido pode também influenciar a relação entre a mãe e o bebê.

Para a mulher, as acções de educação e Preparação para o Parto pelo Método Psicoprofilático, levam à diminuição da ansiedade devido ao conhecimento do processo do trabalho de parto.

↪ as Puérperas que frequentam programas de preparação para o parto apresentam *níveis de depressão mais baixos*. Assim sendo, podemos afirmar que a frequência de programas de preparação para o parto diminui os níveis de depressão no puerpério.

A depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. Consideramos que a frequência de preparação para o parto fornece competências à grávida/casal e promove a confiança e auto-estima.

↪ As puérperas apresentam *níveis de stress iguais*, quer frequentem ou não preparação para o parto.

Assim sendo, podemos afirmar que a frequência de programas de preparação para o parto não interfere com os níveis de stress no puerpério.

A todas as parturientes se colocam dúvidas e receios, atravessando-as o medo do desconhecido, o medo de ter um filho com deficiências, o medo das dores do parto (Mendes, 1991).

Diversos investigadores têm conceptualizado a transição para a parentalidade como crise e mais recentemente como uma fase desenvolvimental acompanhada por mudanças específicas. Esta transição representa um período de mudança e stress para os pais (Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Reece & Harkless, 1998), uma vez que é um processo em que transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais se interligam e ocorrem ininterruptamente (Canavarro, 2001). Ramos (2004:267) citando Lazarus e Folkman definem stress como “uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, a qual é avaliada e considerada pelo indivíduo como algo que sobrecarrega ou ultrapassa os seus recursos e prejudica o seu Bem-estar”.

Em termos globais, relativamente às três dimensões avaliadas pela EADS, confirmamos que existem diferenças significativas entre os dois grupos. As mulheres que frequentam preparação para o parto apresentam menores níveis de ansiedade, e depressão, no entanto em termos de stress não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos.

O **terceiro objectivo** do nosso estudo pretendia *identificar se existem diferenças na percepção subjectiva de satisfação da vivência da maternidade entre as mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram*. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que a percepção subjectiva de satisfação na vivência de maternidade para a população total é muito positiva, trata-se de uma amostra muito confiante, e referem um nível muito positivo de suporte e de satisfação.

Comparando os dois grupos, como preconizado no objectivo do nosso estudo, podemos afirmar que as puérperas apresentam níveis de percepção subjectiva de satisfação semelhantes independentemente de frequentarem ou não programas de preparação para o parto.

O controlo durante o parto é um conceito central em todo o processo, e relaciona-se com a eficácia do trabalho activo da parturiente e também com a própria satisfação que é a percepção individual positiva ou negativa que cada mulher possa ter sobre o processo de se tornar mãe. Esta percepção subjectiva está intimamente ligada com o cumprimento das expectativas desenvolvidas pela mulher relativamente ao acontecimento. Algumas expectativas podem ajudar a mulher a lidar com o parto enquanto que outras podem causar ansiedade e diminuição da capacidade de lidar com a situação. (Paul, 1989).

De acordo com Rodeia (1995), qualquer que seja a experiência da mulher relativamente ao parto ela tem um significado construtivo para a sua imagem, tornando-se importante o reconhecimento dos aspectos positivos da experiência vivida. Surge como uma forma de crescimento e maturação humana. Nos diversos estudos consultados, um dos factores referidos como promotor de experiência positiva de parto é o caso de poder ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o trabalho de parto e parto, assim como poder ver e tocar no bebé logo a seguir ao parto são aspectos que, hoje em dia, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma experiência positiva do parto. Cranley, Hedhal & Pegg, citado por Figueiredo, Costa & Pacheco, (2002).

Vários investigadores têm vindo a sugerir que a satisfação com, e a qualidade da experiência de parto é susceptível de influenciar o bem-estar psicológico da mulher, bem como a adequação da sua interacção com o bebé

O **quarto objectivo** do nosso estudo pretendia *identificar se existem diferenças em termos de Bem-estar na experiência de maternidade nas mulheres que frequentaram preparação para o parto e as que não frequentaram.*

Os resultados revelam que a amostra em estudo apresenta uma percepção de bem-estar positiva.

Comparando os dois grupos, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas em termos de Bem-estar, nos grupos de puérperas quando frequentarem programas de preparação para o parto. Existem diferenças significativas nas sub-escalas conhecimento e coping, as puérperas com frequência de preparação para o parto apresentam níveis mais elevados. Enquanto que nas restantes categorias não existem diferenças estatisticamente significativas. O facto do nosso estudo confirmar níveis de conhecimentos e de mecanismos de coping, mais elevados nas mulheres que frequentam preparação para o parto, corrobora com a maioria dos estudos consultados.

Com a ajuda de técnicas respiratórias e outras, ajuda a reduzir e controlar a dor e o desconforto. Origina, também, ao casal, uma oportunidade para o marido/ companheiro ajudar a sua mulher nessa experiência única. Por outro lado, os benefícios para a saúde são imensos, indo desde partos mais breves, diminuição da administração de medicação e anestesia até utilização diminuta ou abolida de instrumentação no parto.

Rodeia refere estudos realizados por diversos autores (Green et al 1990; Rautava 1991, Fleissig 1993, Stamp 1994) que sugerem que a informação e a sensação de controle por parte da mulher são importantes, não só para a experiência do parto, mas também para o subsequente bem estar emocional.

Uma investigação realizada por Bento, em 1992, no Porto, levou a concluir que as mulheres que demonstraram durante as aulas de Preparação para o Parto ter maior conhecimento do trabalho de parto e maior confiança, após as aulas, revelaram ter um trabalho de parto com menos dor e menos penoso. O investigador supracitado concluiu, no fim desse estudo, que os factores em que encontraram correlação mais positiva foram o *conhecimento*, a *confiança* e a *ansiedade*. Os resultados obtidos por Bento (1992), corroboram com os resultados obtidos neste estudo. Ambos os estudos, apoiam a necessidade de Preparação para o Parto como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com os medos relativos ao nascimento.

Rodeia refere pesquisa efectuada por Rautava com 1238 mulheres em que são relacionados o efeito e experiência da gravidez com os conhecimentos maternos. Concluíram que as mulheres mais informadas relacionaram-se melhor com o parto e as suas atitudes foram mais positivas.

A importância da intervenção em Saúde passa assim a ter mais a ver com a capacitação das populações para, no confronto com os riscos, conseguir um rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causado pela exposição aos factores de risco.

Neste contexto surge a preparação para o parto como um apoio/suporte social formal que tem como objectivo proporcionar assistência e apoio às grávidas/casal/família na experiência da gravidez/parto/puerpério.

Deste modo, as pessoas que demonstram um Bem-Estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo.

Numa perspectiva de educação para a saúde, considerando vários comportamentos associados à saúde, a eficácia na modificação de comportamentos no sentido da adopção de um estilo de vida saudável passa por compreensão da história “natural” dos comportamentos visados; identificação de determinantes pessoais, sociais, situacionais, ambientais e políticas modificáveis; desenvolvimento de estratégias para a modificação destes comportamentos, quer através de mudanças no indivíduo (cognitivas, emocionais, motivacionais, comportamentais), quer através de mudanças no envolvimento físico e social.

Alguns autores verificaram que o apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto (Figueiredo, 1997), estudos estes que corroboram com os resultados a que nós chegamos.

A interligação do falar, reflectir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e consequentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimerman & Osório, 1997)

Com o desenrolar do trabalho de parto e parto, a mulher pode libertar-se da dor, mas não da experiência de as ter sentido, sendo determinante alterar a forma como a pessoa

vivência esse acontecimento. De acordo com Veladas (1997) as vivências anteriores influenciam o dia-a-dia dos indivíduos.

Vellay (1984) refere que “A má educação causou uma ligação condicionada entre o parto e a dor imaginária”. Daí ser pertinente a educação sobre o que é a gravidez, todo o seu processo evolutivo, e todas as dúvidas e receios sejam trabalhadas conjuntamente com a grávida, para que toda a vivência se torne uma experiência gratificante e enriquecedora.

Schulz e Raul (1985) defendem que provavelmente, a relação normativa mais poderosa em termos das suas funções de protecção da saúde, é a relação conjugal, já que, vários Estudos com amostras representativas têm mostrado, de forma consistente, relações bastante fortes entre o estado civil e o bem-estar relatado.

Crowe e Von-Baeyer, citados por Bento (1992) analisaram se as variáveis seguintes são responsáveis por experiências positivas de nascimento, nomeadamente: conhecimentos sobre o processo de trabalho de parto, os medos relativos à gravidez, locus de controlo, ansiedade estado, expectativas de dor e confiança na habilidade para dominar a dor. Concluíram que os factores preditores de experiência de trabalho de parto positivo foram o *conhecimento* e a *confiança*. Os autores supracitados referem que “os resultados do seu trabalho apoiam a necessidade de preparação para o parto como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com medos relativos ao nascimento” in Bento (1992:51). Cordeiro citado por Bento (1992:48), refere que “Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde... reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso.”

Perante tais conclusões consideramos que independentemente da cultura, das condições socio-económicas ou demográficas, a educação da grávida é o alicerce principal e a forma de contribuir para que a gravidez e o nascimento sejam acontecimentos normais e saudáveis no seio dos indivíduos, família e sociedade em geral.

## CONCLUSÃO

Considerando a gravidez e parto a sustentação da vida humana, consideramos de extrema **importância todo o tipo de estudos** que analisem este percurso à luz da ciência.

A este propósito Bento (1992), citando Dias Cordeiro refere que apesar dos progressos científicos que permitiram o conhecimento e a prevenção de factores físicos de risco para a gravidez, pouco se avançou no campo dos riscos psicossociais. O tecnicismo dos profissionais “impede” a mulher de expressar a ansiedade reactiva à gravidez. O enfermeiro no âmbito da preparação para o parto centraliza o seu cuidar no ajudar a pessoa a construir um projecto de saúde, no sentido da adaptação e autocontrolo da situação vivenciada, tendo como objectivo o otimizar o bem-estar da grávida, família e comunidade. Deste modo, tal como Couto consideramos este campo de intervenção importantíssimo para a enfermagem enquanto profissão e ciência, Embora alguma coisa já esteja a ser feito, muito há para fazer... No entanto tem sido até então uma área de certa forma esquecida, quer pelos investigadores (a pouca bibliografia que existe é muito antiga), quer pelo sistema político, pois tem-se valorizado a tecnologia nas maternidades em detrimento do aspecto relacional e psicológico. Não basta que as salas de parto estejam equipadas com a melhor tecnologia para que tudo corra bem. É primordial existir preparação Psico-profilática para o parto, pois a gravidez é uma fase de desenvolvimento, constituindo um período de adaptação aos novos papéis e às novas condições físicas, psicológicas e familiares.

Vellay citado por Bento (1992:55) refere que a melhor maneira de preservar a liberdade individual da mulher consiste em permitir-lhe agir e compreender os motivos dos seus actos, salientar as dificuldades para a ajudar a resolvê-las e permitir-lhe realizar-se pessoalmente num dos momentos mais importantes da sua vida. O mesmo autor acrescenta “ A psicoprofilaxia é o triunfo do conhecimento sobre o obscurantismo, da razão sobre o medo do desconhecido”.

Os resultados do nosso estudo, referem que a frequência de preparação para o parto não interfere com a percepção de saúde geral, não interfere com a percepção subjectiva de satisfação da vivência de maternidade, nem com os níveis de stresse no processo de

maternidade. No entanto contribui para a diminuição da ansiedade e depressão e favorece o bem-estar na experiência de maternidade.

Da presente investigação poderão advir muitos contributos para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados prestados às grávidas/casais/famílias, Nomeadamente a criação, ampliação e divulgação de programas de preparação para o parto.

Julgamos que o mesmo poderá realçar a pertinência da preparação para o parto, não só junto da população, mas também dos técnicos de saúde. E quem sabe poderá ser um meio promotor da saúde materna.

É imperativo continuar os esforços dirigidos à humanização dos cuidados de saúde, nomeadamente no sentido da presença da família da grávida, que aumenta o conforto e satisfação da mulher no parto, da redução do nível de dor, que garante o mais adequado envolvimento emocional e relacionamento da mãe com o bebé, e da maior preparação e participação da utente, que permite a formulação de expectativas mais realistas promotoras de um maior controlo e participação positiva na situação. Estes factores poderão ser de extrema importância para a diminuição do mal-estar e das preocupações que em muito contribuem para a deterioração da qualidade da experiência de parto.

A experiência de intervenção em grupos de preparação para o parto, onde a partilha de preocupações e ansiedades pode ser o veículo de detecção precoce de perturbações na futura diade mãe-bebé.

Para Dunkel-schetter e Bennett (1990) um factor potencialmente influente na acção dos prestadores de suporte, é a existência de crenças acerca dos efeitos de determinados acontecimentos de vida, já que, se essas crenças forem incorrectas, qualquer tipo de suporte que exista será, provavelmente, ineficaz. Um dos factores que as inquiridas referiram para não frequentar preparação para o parto, foi o facto de não sentirem necessidade. O que também corrobora com os dados obtidos por Couto (2003), que referem que nada nem ninguém as poderá ajudar no momento do parto.

Não incutir modelos de actuação para as futuras mães e pais, mas sim compreendê-los como parte integrante de uma história e cultura num contínuo transgeracional e encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar a particularidade de cada ser, de cada relação – sempre numa perspectiva positiva de saúde.

A Preparação para o Parto deverá ser sempre entendida, socialmente, como um momento privilegiado para a mulher grávida, para a sua família, como estratégia política de educação para a saúde com resultados evidentes e duradouros.

A aplicação de métodos de Preparação para o Parto, como o Método Psicoprofilático, pode permitir, a exemplo de outros países, ajustar a prática dos cuidados às



necessidades das grávidas. Este estudo aprofunda saberes de enfermagem para melhores práticas. A contribuição desta investigação para a Enfermagem poderá acarretar estudos do tipo Investigação/acção, em que se tentem desenvolver modelos de Preparação para o Parto, ajustando participantes aos modelos mais adequados e vice-versa.

Nesse sentido, para além da enfermagem obter mais saberes, as suas práticas poderão tornar-se mais ajustadas ao “crescimento e à sensibilidade para o atendimento às parturientes e ao recém-nascido no modelo holístico”, para diminuir, durante o trabalho de parto, comportamentos que seriam vistos como socialmente inaceitáveis no dia-a-dia, pois o modelo biomédico é visto como inapropriado no nascimento em qualquer cultura. Sem dúvida, que a Preparação para o Parto é, um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados com vista a um resultado esperado com ganhos de saúde para a grávida e sua família.

A Preparação para o Parto é vista não só como todo o decurso de acções realizadas pela enfermeira ao longo da gravidez nas consultas de enfermagem de Saúde Materna, ou já durante o trabalho de parto, mas também em cursos de Preparação para o Parto propriamente dito, no intuito de melhorar o conhecimento, o controle, a motivação e a vivência da grávida no parto e maternidade.

Sem dúvida que há que humanizar os serviços de saúde, devolver às mulheres o papel de protagonista principal do seu próprio parto. Em conjunto e com a participação de todos, sem dúvida que poderemos melhorar a qualidade da relação enfermeiro/utente, numa perspectiva do cuidar humanizado, valorizando as relações interpessoais e o respeito pela dignidade humana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ BASTO, M.,L: - Cuidados de enfermagem em Portugal: O como e o porquê. Servir. Lisboa, 39 (2), 1991, pp75-80.
- ☞ - BENNETT, Paul; MURPHYS, Simon – *Psicologia e promoção da saúde*, Lisboa, Climepsi editores 1999.
- ☞ - Bennett, P. (2002). *Promoção da Saúde. Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- ☞ - BENTO, M. – *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*. Coimbra. Escola Superior de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, 1992.
- ☞ - BECKER, – – *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de saúde da Família* Dissertação de Mestrado no âmbito da Saúde Publica Rio de Janeiro; Brasil, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- ☞ - BOBAK, Irene M. et al. (1999), *Enfermagem Na maternidade*, 4ª Ed., Loures, Lusociência.
- ☞ - BOWLING, Ann – *La Medida de la Salud – Revisión de las escalas de medida de la calid de vida*, Masson, S.A. Barcelona 1994
- ☞ - BRAZELTON, T. Berry; Cramer, Bertrand G.(1989) *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção mais precoce*, Lisboa: Terramar, p.31-56
- ☞ - Bryman, A.& Cramer, D. – *Análise de dados em ciências sociais :Introdução às técnicas utilizando o SPSS. 2ªEd., Oeiras: Celta Editora, 1993.*
- ☞ - CANAVARRO, M. – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001,407p.
- ☞ - CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), *Metodologia de investigação: guia para auto aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.
- ☞ - CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – *Educação para a Saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real* – Revista Portuguesa de saúde Publica vol.22 Nº1, Lisboa, Janeiro/Junho 2004, p.57-70.

- ↳ Charles AG, Norr KL, Block CR, Meyering S, Meyers E. *Obstetrics and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth*. Rev Am J Obstet Gynecol. 1978; 131(1):44-52.
- ↳ COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur D. – *Gravidez. Experiência Psicológica*. Lisboa: edições colibri.1994.203p.
- ↳ COLIÉRE, Marie Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.1989.
- ↳ Costa, B. Figueiredo, A. Pacheco, & A. Pais – *Parto: Expectativas, Experiências, Dor E Satisfação*, PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2003, 4 (1), 47-67
- ↳ Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Tipo de Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XXVI (6), 265-306.
- ↳ CORDEIRO, J.Dias – *A saúde mental e a vida*.2ªed. Lisboa: Edições Salamandra, 1987,304p.
- ↳ COUTINHO, M.– *Uma perspectiva cultural de cuidar no parto*. Porto, 2000. Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Porto.
- ↳ COUTO, Germano – *Preparação para o Parto: – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural* – Loures, Lusociência, 2003.
- ↳ COUTO, Germano – *Preparação para o Parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*; Lisboa, Revista Nursing; nº187 (Abril 2004), P.10-19.
- ↳ COUTO, Germano – *Conceitualização Pelas Enfermeiras De Preparação Para O Parto* – Rev Latino-am Enfermagem 2006 Março – Abril; 14(2): 190-8
- ↳ DAVIM RMB, BEZERRA LGM. *Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projecto Midwifery: um relato de experiência*. Rev Latino-am Enfermagem 2002 Setembro/ Outubro; 10(5):727-32.
- ↳ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Orientações estratégicas 2004/2010*, Vol.II, Lisboa, Ministério da saúde, 2004.
- ↳ Phaneuf M. – *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
- ↳ FARIA, M.C. (1999) *Comunicação e Bem-Estar no Limiar do Século XXI – Conhecer através da Relação e Orientar para a Saúde*. Dissertação de Doutoramento no âmbito da Psicologia da Saúde apresentada à Universidade de Coimbra, n.p. Pág.360-375.

- ☞- FARIA, M.C. – *Educação para a saúde no ensino superior – presentes no futuro*, Ler educação, nº3, 2ª série, Dez 2003.
- ☞- FERREIRA, Sílvia A; PIRE, António; SALVATERRA, Fernanda - *Filho do coração Adopção e comportamento parental* - *Análise Psicológica* (2004), 2 (XXII): 399-411 -
- ☞- FIGES, K. – *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.2001.
- ☞- FIGUEIREDO, B. e tal – *Experiência de parto: Alguns factores e experiências associadas* – *Análise Psicológica*.2002, 2 (XX): 203-207.
- ☞- FILIPE, M. – *Interacção EESMO/utente: da concepção ao nascimento*. Porto: 1997.Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Porto.
- ☞FORTIN, Marie Fabienne – o processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- ☞- FRADE, João José Cúcio. - *Guia prático de trabalhos científicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.1992.
- ☞- FRANCO, J. – *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* – *Revista Sinais Vitais* nº17. Coimbra, Março 1998, p.37-38.
- GABRIEL, J.& REGINA, M. – *Factores que influenciam a percepção da dor no trabalho de parto* – *Revista da associação dos Enfermeiros Obstetras* nº7/2006, Almada, 2006, p.47-50.
- ☞-GALINHA, I.C. & J.L. PAIS RIBEIRO – *História E Evolução Do Conceito De Bem-Estar Subjectivo* – *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2005, 6 (2), 203-214
- ☞- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora, 1993, 370 p.
- ☞- GIL, António Carlos. - *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª Ed. S. Paulo: Atlas S, A. 1989.
- ☞- GONÇALVES, M. et al – *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a População Portuguesa*. Vol.I. Coimbra: Quarteto Editora, 2003, 301p.
- ☞- GOMES, Pedro, J. *O comportamento materno durante a gravidez e parto*. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 7 (75), 317-331.
- ☞- GRILO, A.M. & Pedro, H. – *Contributos da psicologia para as profissões da Saúde*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, (2005) 6 (1), 69-89.
- ☞HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociencia.pp201. 2000

- ↳ HUY, N. – Capacidade emocional e mudança nas empresas. Revista Portuguesa de Gestão. 2000, N°3, pp6-11.
- ↳ KITZINGER, S. – *A experiência do parto*. Lisboa, Instituto Piaget, 1995, 357 p.
- ↳ KITZINGER, S. – *Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 1978, 224p.
- ↳ MACFARLANE, A. – *A psicologia do nascimento*. 1ªed. Lisboa: edições Salamandra, 1992.
- ↳ MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*, 10ª Edição, Petrópolis: Vozes, 1989
- ↳ MAROCO, J. – *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: edições Silabo.2003.
- ↳ MATOS, Margarida G. – *Psicologia da saúde, saúde pública e saúde Internacional* *Análise psicológica* 2004 3:449-462.
- ↳ MENDES, M. – *Curso de obstetrícia*.1ªed.Coimbra:Livraria Almedina, 1993.
- ↳ MERGER, R; CHADEYRON, – – *O parto sem dor*. Lisboa. Colecção Saber, Publicações Europa-América.1966.
- ↳ MESSNER, R.- *watt Patients Really Want From Their Nurses*. American Journal of Nursing. N°8, Aug., pp38-41, 1993.
- MINISTÈRIO DA SAÚDE – *Guias de educação e promoção da saúde*. Lisboa: Direcção Geral da saúde. 2001.
- ↳ MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Saúde um compromisso: uma estratégia para o virar do século 1998-2002*. Lisboa. 1999.
- ↳ MOURA-RAMOS, M., Oliveira, C., Monteiro, S., Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. *A adaptação paterna na transição para a parentalidade inc*
- ↳ MORANGA, M. – *La relación de ayuda*. Curso sobre: Modelo de análise da prática profissional de enfermagem. DRH.Lisboa, 11-13 Março. 1992.
- ↳ NASCIMENTO, M.J. – *Preparar o nascimento* – *Análise psicológica* 2003,1 (XXI): 47-51.
- ↳ NETO, M. L. R., Rocha, V. & Silva, L. – *A Depressão Pós-parto Em Vozes Que Interpretam*. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2005, 6 (1), 109-115
- ↳ ODENT, Michel -*A cesariana*. Lisboa, Miosótis 2005
- ↳ OGDEN, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi. 1999

- ☞- OLIVEIRA, Ana, M. C. F.& Pereira, – – *Dar á luz... e ficar “ás escuras!”*. Nursing, nº 189, Junho de 2004.
- ☞- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond*. *Psicológica*, 36, 235-246.
- ☞- PAÚL, C – *Ansiedades e atitudes perinatais em mulheres que fizeram cesariana ou parto vaginal*. *Revista Psicologia*. Lisboa. Volume VII, nº2, 1989,p.201-203.
- ☞- PAÚL, C – *Efeitos da preparação Psico-profilática no controlo durante o parto*. *Revista Psicologia*. Lisboa. Volume VII, nº3, 1989,p.313-317.
- ☞- PRECIOSO; José – *Educação para a Saúde na Escola – Um Direito dos alunos que urge satisfazer* – *Revista O Professor* nº85, III Série, Lisboa, Março – Abril 2004, p.17-24.
- ☞- PESTANA, M.H; GAGEIRO, J. N. – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN 972-618-220-4.
- ☞- QUIVY, e CAMPENHOUDT, L. – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva 1993.
- ☞- RAMOS, Natália (2004), *Psicologia Clínica e da Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta.
- ☞- RIBEIRO, J. L. P. – *Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) – Análise Psicológica*, 1999, 3 (XVII): 547-558
- ☞- RIBEIRO, J. L. P. – *Introdução à Psicologia da Saúde*, Coimbra:Quarteto, 1.<sup>a</sup> edição, Março de 2005. 356p.
- ☞- RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi editores, 1999. ISBN 972-8449-44-5.
- ☞- RIBEIRO, J. L. P. – *Psicologia e saúde*, Lisboa, ISPA, Julho de 1998.
- ☞-RICHARDSON, Roberto – *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*, 2ª Ed., São Paulo: Atlas, 1989, 286p.
- ☞- RODEIA, – – *A experiência de dar á luz: uma Abordagem fenomenológica*. Lisboa: 1995. Tese de Mestrado apresentada á Universidade Católica Portuguesa.
- ☞- SÁ, – – *A maternidade e o bebé*. Coimbra, 2ªed. Fim de século-Edições, 2004.
- ☞- SÁ, E.- *Psicologia do feto e do bebé* .Coimbra, 3ªed. Fim de século-Edições, 2003.
- ☞-SERRA, V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- ↳- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE – Psicologia saúde & Doenças; Vol. 5 Nº2 2004; ISSN 1654-0086.
- ↳- SOIFER, Raquel – *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1986, 128p.
- ↳- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette (1999), *Enfermagem Comunitária*, 4ª ed., Loures, Lusociência. Soifer, R. – *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*, 5ª Ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- ↳- Tarkka, M-T. & Paunomen, M. (1996). *Social Support and its Impact on Mothers' Experience of Childbirth*. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 70-75. Retirado em 30 de Abril, 2004, de 2002 EBSCO Publishing.
- ↳- TEIXEIRA, José A. Carvalho - *Psicologia da Saúde* Análise Psicológica (2004), 3 (XXII): 441-448
- ↳- Tojal, M.E. (2000). *A Relação Precoce Pai Filho*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- ↳- TRIVINOS, A. – *A pesquisa qualitativa em educação*. 4ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, 1995.
- ↳- VELADAS, M.M. – *Ajudar na sala de partos – Competências reais no momento da interacção*. Lisboa; Lidel – Edições técnicas, 1997.
- ↳- VELLAY, Pierre – *Parto sem dor* – S. Paulo, 5ª Edição, Ibrasa, 1984.
- ↳- Williams, R.P. (1995). *A família uma unidade de cuidados*. In Bobak, I.M, Lowderwilk, D.L. & Jensen, M.D. *Enfermagem na maternidade* (4ª edição). (pp.1-24). Loures: Lusociência
- ↳- Williams, R.P. (1995). *Dinâmica familiar da gravidez*. In Bobak, I.M., Lowderwilk, D.L. & Jensen, M.D. *Enfermagem na maternidade*. (4ª edição). (pp. 115-127). Loures: Lusociência.
- ↳- Yim, W. (2000). *Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes*. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 265-272. Retirado em 30 de Abril, 2004, de 2002 EBSCO Publishing.
- ↳ WATSON, J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Little Browne, Bóston. 1979.
- ↳- Zimerman, D. E., & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

<http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/oliveira/oliveira.htm>

acedido em 26-10-2005.

<http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/moura/moura.htm>

acedido em 20-09-2005.

Michel Odent [homepage on the Internet]. UK: Michel Odent; [Acesso em 2005 Julho 18]. New reasons and new ways to study birth physiology. Disponível em: <http://www.michelodent.com/news.php?id=14>

Robbie Davis-Floyd [homepage on the Internet]. Texas: Robbie Davis-Floyd; [Acesso em 2005 Julho 18]. Mutual Accommodation or Biomedical Hegemony? Anthropological Perspectives on Global Issues in Midwifery. Disponível em: <http://www.davis-floyd.com/ShowPage.asp?Id=51>



ANEXOS

## ANEXO I – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

ANEXO II – Solicitação de Autorização para recolha de amostra

ANEXO III – Autorização de utilização dos instrumentos pelos Concelhos de  
Administração dos Hospitais

Exmo. Sr. Presidente do Concelho de Administração.....

**Assunto: Pedido de autorização para passagem de um Questionário para avaliar o bem-estar das puérperas**

Maria Úrsula Ramalho Carvalho dos Santos, Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, exerço funções na Sub-Região de Saúde de Beja – Centro de Saúde de Serpa, e no âmbito do Mestrado em Psicologia na área de Psicologia da Saúde, a decorrer na Escola Superior de Educação de Beja / Universidade do Algarve, pretendo realizar como dissertação de mestrado um estudo sobre o bem-estar das puérperas.

O objectivo é avaliar se a frequência de programas de preparação para o parto promove o bem-estar das puérperas.

Trata-se de um estudo comparativo entre puérperas que frequentaram programas de preparação para o parto ou não, através de um questionário anónimo e confidencial, pelo que venho por este meio solicitar a autorização para a aplicação dos instrumentos às puérperas, de baixo risco, cujo parto ocorreu no período de Abril a Junho.

Agradeço antecipadamente a vossa atenção.

Com os nossos melhores cumprimentos.

Beja, 12 de Março de 2006

---

Úrsula Carvalho Santos

Cara Senhora:

Úrsula Carvalho Santos, Licenciada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, está a frequentar o Mestrado em Psicologia da Saúde, e a realizar a tese de Mestrado, cujo tema é:  
**"Promoção do bem-estar da parturiente através da preparação para o parto".**

Nessa perspectiva solicita a sua colaboração no preenchimento deste questionário. As respostas são estritamente confidenciais, por isso agradece que não assine ou identifique o presente documento.

Leia com atenção todas as opções, e escolha aquela (s) que lhe parecem mais adequadas.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Atenciosamente

**QUESTIONÁRIO****1ª Parte****1. Grupo etário:**

- a) 13-18 anos.....☐    b) 19-24 Anos .....☐  
c) 25-30 Anos.....☐    d) 31-36 anos.....☐  
e) 37-42 anos.....☐    f) ≥ 43 anos .....☐

**2. Estado Civil:**

- a) Solteira.....☐  
b) Casada/ união de facto .....☐  
c) Divorciada/separada.....☐

**3. Número de Gravidezes : \_\_\_\_\_****4. Número de filhos: \_\_\_\_\_****5. Escolaridade:**

- a) Sabe ler e escrever.....☐    b) Ensino Primário.....☐  
c) Ensino Secundário.....☐    d) Bacharelato.....☐  
e) Licenciatura.....☐    f) Mestrado .....☐  
h) Doutoramento.....☐

**6. Actividade Profissional/Ocupacional: \_\_\_\_\_****7. Agregado familiar: \_\_\_\_\_****8. Vive com o pai do bebé?**

Sim ☐      Não ☐

**9. Frequentou algum programa de preparação para o parto?**

- Sim ☐      - Não ☐

Se respondeu **Sim**, quais os motivos que a levaram a frequentar o mesmo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se respondeu **Não**, quais os motivos que a levaram a não frequentar o mesmo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10 – Qual a sua opinião relativamente ao processo de maternidade?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2ª Parte****QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL****(GOLDBERG,1978; Versão Portuguesa, FARIA, 1999)**

O conjunto de questões que vai responder, pretende saber como as pessoas se têm sentido nos últimos tempos, relativamente aos acontecimentos de vida em geral. Para cada questão deverá escolher e assinalar com uma cruz (X) uma das seguintes respostas :

1. ABSOLUTAMENTE VERDADEIRO
2. VERDADEIRO
3. INDIFERENTE
4. FALSO
5. ABSOLUTAMENTE FALSO

1. Ultimamente, tem sido capaz de se concentrar naquilo que faz ?	1	2	3	4	5
2. Tem perdido o sono por estar preocupado(a) ?	1	2	3	4	5
3. Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos ?	1	2	3	4	5
4. Tem sido capaz de tomar decisões ?	1	2	3	4	5
5. Tem-se sentido constantemente sob pressão ?	1	2	3	4	5
6. Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades ?	1	2	3	4	5
7. Tem sentido prazer nas suas actividades diárias ?	1	2	3	4	5
8. Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas ?	1	2	3	4	5
9. Tem-se sentido triste ou deprimido(a) ?	1	2	3	4	5
10. Tem perdido confiança em si próprio (a) ?	1	2	3	4	5
11. Tem -se considerado uma pessoa sem valor ?	1	2	3	4	5
12. Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz ?	1	2	3	4	5



## 3ª Parte

## Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EASD) de 21 Itens de Lovinbond e Lovinbond

## Adaptação portuguesa de José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado, &amp; Isabel Leal

Por Favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2,3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:

0. Não se aplicou nada a mim  
 1. Aplicou-se a mim algumas vezes  
 2. Aplicou-se a mim muitas vezes  
 3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

## 4ª Parte

## ESCALA DE PERCEÇÃO SUBJECTIVA DE SATISFAÇÃO DA VIVÊNCIA DA MATERNIDADE

(Úrsula Carvalho Santos, 2006)

Leia com atenção cada frase que se segue e indique a sua satisfação ou forma como você se sente como mãe na vivência de maternidade nesta última semana. Assinale com um círculo o número (1,2,3,4 ou 5) que melhor corresponda á situação apontada.

1. Nada Satisfeita  
 2. Pouco satisfeita  
 3. Satisfeita  
 4. Muito satisfeita  
 5. MUITÍSSIMO satisfeita

1- Satisfação com a experiência de maternidade (gravidez, parto e pós-parto)	1	2	3	4	5
2- Percepção de bem-estar geral como mãe	1	2	3	4	5
3- Percepção de apoio familiar	1	2	3	4	5
4- Apoio íntimo dado pelo companheiro	1	2	3	4	5
5- Apoio do pessoal de saúde (médico, enfermeira, ...)	1	2	3	4	5
6- Confiança na prestação de cuidados ao bebé	1	2	3	4	5
7- Relação afectuosa entre si e o seu filho	1	2	3	4	5

## 5ª Parte

## Q.B.E.M. - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR NA EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE.

(Úrsula Carvalho Santos, 2006)

O conjunto de questões que vai responder, pretende saber como as pessoas se têm sentido nos últimos tempos, relativamente à sua experiência e satisfação com a sua vivência de maternidade.

Para cada questão deverá escolher e assinalar com uma cruz (X) uma das seguintes respostas:

1. ABSOLUTAMENTE FALSO
2. FALSO
3. INDIFERENTE
4. VERDADEIRO
5. ABSOLUTAMENTE VERDADEIRO

1. Sinto-me segura neste momento da minha vida	1	2	3	4	5
2. Sinto-me responsável pelo facto de ser mãe	1	2	3	4	5
3. Não possuía conhecimentos sobre o trabalho de parto	1	2	3	4	5
4. Não possuía conhecimentos sobre o parto	1	2	3	4	5
5. O trabalho de parto decorreu de acordo com as minhas expectativas positivas	1	2	3	4	5
6. O parto decorreu de acordo com as minhas expectativas positivas	1	2	3	4	5
7. Usei técnicas de relaxamento que me ajudaram a sentir melhor	1	2	3	4	5
8. Não consegui relaxar	1	2	3	4	5
9. Usei técnicas respiratórias durante o trabalho de parto	1	2	3	4	5
10. Senti-me exausta durante o processo de nascimento do meu filho(a)	1	2	3	4	5
11. Considero que o meu desempenho durante o trabalho de parto foi o mais adequado	1	2	3	4	5
12. Considero que o meu desempenho durante o parto foi o mais adequado	1	2	3	4	5
13. A minha experiência de parto foi maravilhosa, não podia ser melhor	1	2	3	4	5
14. O meu companheiro apoiou-me em todos os momentos	1	2	3	4	5
15. Apesar de estar acompanhada pelo meu companheiro, senti-me só e desprotegida	1	2	3	4	5
16. Preparei-me para que o trabalho de parto decorresse da melhor forma	1	2	3	4	5
17. Preparei-me para que o parto decorresse da melhor forma	1	2	3	4	5
18. Durante a gravidez adquiri conhecimentos sobre os cuidados a ter com o bebé	1	2	3	4	5
19. Estou confiante relativamente ao tipo de alimentação que vou dar ao bebé	1	2	3	4	5
20. Senti-me confiante durante o processo de nascimento da criança	1	2	3	4	5
21. Senti-me muito satisfeita no papel de mãe	1	2	3	4	5
22. Senti-me insegura durante todo o processo de nascimento da criança	1	2	3	4	5
23. Não sabia o que ia encontrar, tudo era novo para mim	1	2	3	4	5
24. Consegui-me controlar e perceber todo o decurso do trabalho de parto	1	2	3	4	5
25. Consegui-me controlar e perceber todo o decurso do parto	1	2	3	4	5
26. Preocupava-me a ideia de poder magoar o bebé	1	2	3	4	5
27. Pensava apenas no bem-estar do bebé	1	2	3	4	5
28. Senti que tinha capacidade para ser boa mãe	1	2	3	4	5
29. Sempre acreditei que tudo correria bem durante o nascimento do meu filho	1	2	3	4	5
30. Esta gravidez contribuiu para que eu e o meu marido nos aproximássemos mais	1	2	3	4	5
31. A gravidez interferiu negativamente no nosso relacionamento sexual	1	2	3	4	5
32. Durante a gravidez fui muito mimada pelo meu companheiro	1	2	3	4	5

Exmo. Sr. Enfermeiro Director  
Do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo

**Assunto: Pedido de autorização para passagem de um Questionário para avaliar o bem-estar das puérperas – envio dos instrumentos a utilizar.**

Exmo. Senhor Enfermeiro Director

Tal como foi solicitado por vós via telefónica, junto envio os instrumentos que pretendo utilizar na recolha de dados, para o estudo sobre o bem-estar das puérperas - dissertação de Mestrado.

Agradeço antecipadamente a vossa atenção.

Com os melhores cumprimentos.

Beja, 22 de Abril de 2006

---

Úrsula Carvalho Santos